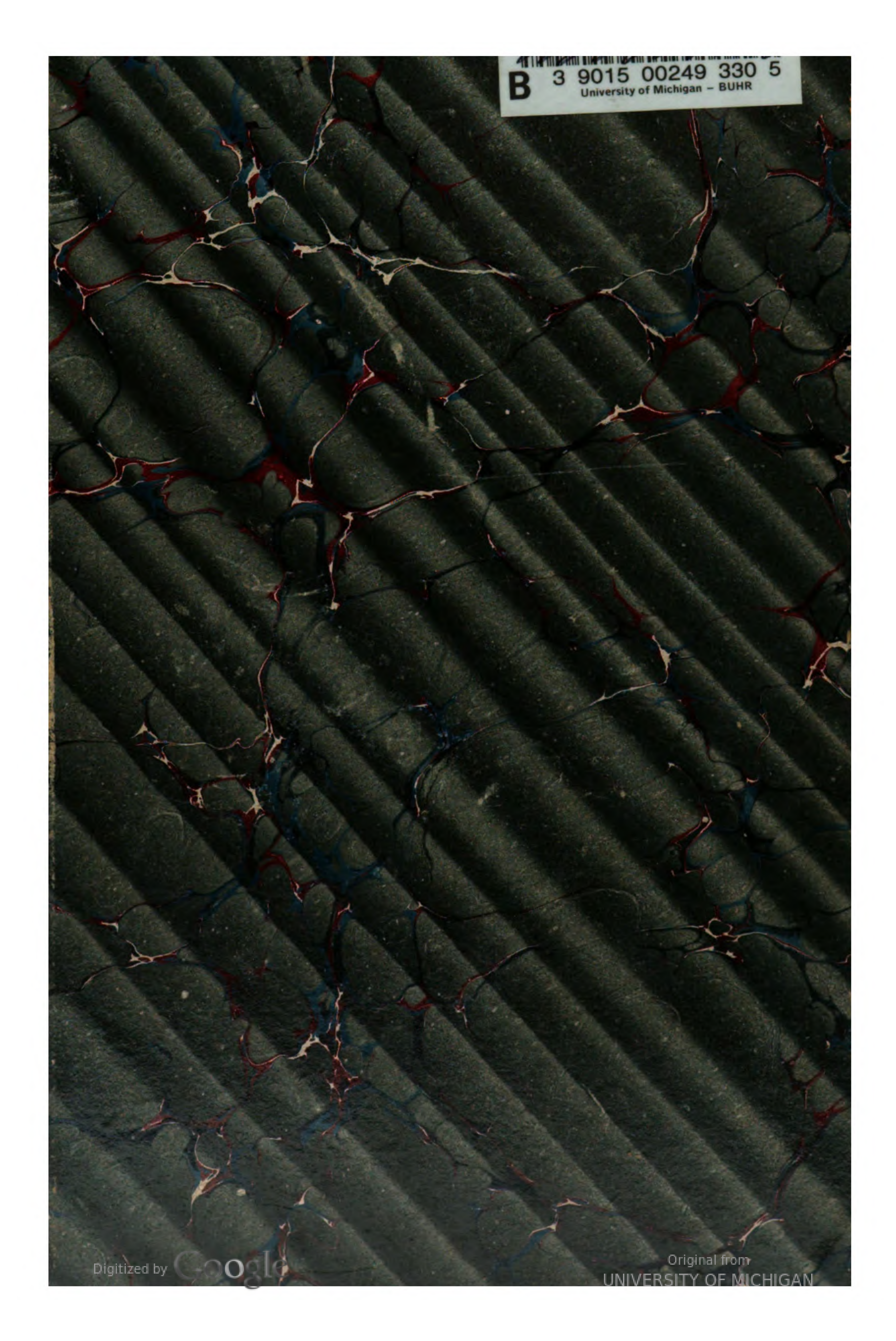
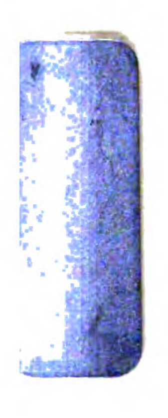
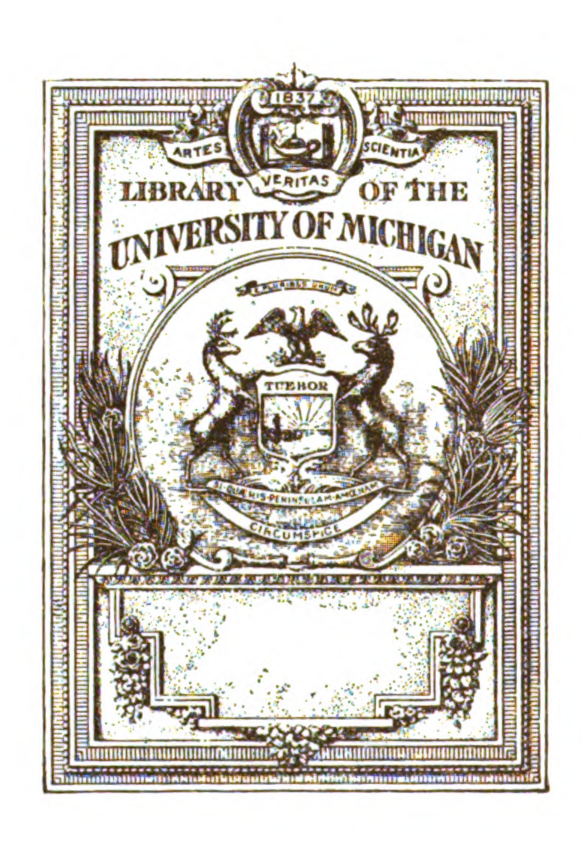


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 20:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google





Generated on 2019-06-08 20:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN



G10.5
Z6
Q54

Generated on 2019-06-08 20:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 20:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Zentralblatt
für
Chirurgische und Mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage

Herausgegeben von

Prof. Joachimsthal-Berlin, **Prof. Kölliker**-Leipzig, **Prof. Lange**-München, **Prof. Ludloff**-Breslau, **Prof. Riedinger**-Würzburg, **Prof. Ritschl**-Freiburg i. B., **Priv.-Doz. Dr. von Baeyer**-München, **Priv.-Doz. Dr. Wollenberg**-Berlin, **Dr. Martinez Angel**-Madrid, **Prof. Bayer**-Prag, **Priv.-Doz. Dr. Chrysospathes**-Athen, **Prof. Codivilla**-Bologna, **Dr. Delcourt**-Brüssel, **Prof. Dollinger**-Budapest, **Priv.-Doz. Dr. Haglund**-Stockholm, **Priv.-Doz. Dr. Hübscher**-Basel, **Prof. Jonnesco**-Bukarest, **Dr. Robert Jones**-Liverpool, **Prof. Kirmisson**-Paris, **Prof. Kondo**-Tokio, **Prof. Lorenz**-Wien, **Dr. R. W. Lovett**-Boston, **Dr. Reinhardt-Natvig**-Christiania, **Prof. Panum**-Kopenhagen, **Prof. Rydygier**-Lemberg, **Priv.-Doz. Dr. Schulthess**-Zürich, **Priv.-Doz. Dr. Tilanus**-Amsterdam, **Prof. von Wreden**-St. Petersburg.

Redigiert von

Prof. Dr. O. Vulpius

in Heidelberg.

Band II.

Mit zahlreichen Abbildungen im Text.



BERLIN 1908.

VERLAG VON S. KARGER,

KARLSTRASSE 15.

Digitized by 

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 20:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

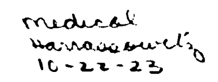
Alle Rechte vorbehalten.

Druck von H. Klöppel, Quedlinburg.

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 20:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. II. Januar 1908. Heft 1.

Ist der Name „orthopädische Chirurgie" eine ganz geeignete Benennung unserer Spezialität?

Von

Dr. med. PATRIK HAGLUND.
Dozent in Stockholm.

Obgleich die reelle Bedeutung und Begrenzung unserer jetzt so ausserordentlich blühenden Spezialität uns allen ganz klar und der ganzen zivilisierten Welt ganz gemeinsam sein dürfte, habe ich oft Veranlassung gehabt mich zu fragen, ob wir nach aussen eine zufriedenstellende Position mit Rücksicht auf die Benennung und Begrenzung unseres Gebietes haben. Und nicht selten habe ich gefunden, dass unsere übliche Benennung „orthopädische Chirurgie" nicht ganz adäquat ist, sondern sogar missleitend sein kann. Ohne davon überzeugt zu sein, dass folgende kurze Reflexionen vollständige Gemeingültigkeit in den grösseren Kulturländern haben, glaube ich doch, dass es nicht ganz ohne Interesse wäre, wenn die Frage, wie wir am besten unsere Tätigkeit nennen sollen, zur Debatte gebracht würde. Unsere Spezialität kann für ihre künftige Entwickelung nur Nutzen davon haben, dass sie von aussen so adäquat wie möglich aufgefasst und benannt wird.

Wir beschäftigen uns in unserer Tätigkeit mit angeborenen und erworbenen Deformitäten, insofern diese die Lokomotionsorgane, d. h. das Skelett mit allen dazu gehörenden Weichteilen, betreffen, und ausserdem mit einigen krankhaften Zuständen, welche, wenn sie nicht



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 20:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vom Anfang an so zu sagen mit orthopädischem Blicke behandelt werden, leicht Deformitäten verursachen. Und dabei gebrauchen wir alle Behandlungsmethoden, welche dafür verwendet werden können, und wir arbeiten eifrig dahin, unsere therapeutische Schatzkammer durch neue Fortschritte und Erfindungen reicher zu machen. Unsere Hilfsmittel sind vielfacher Art und sind durchaus nicht, wie es früher der Fall war, auf mechanische Bandagenverordnungen beschränkt. Und ohne Zweifel ist gerade der Umstand, dass die Behandlung der orthopädischen Fälle in der letzten Zeit von gut und vielseitig ausgebildeten Aerzten, welche alle Methoden beherrschen und ihre Hilfsmittel von allen Seiten geholt haben, in ihre Hände genommen wurde, gerade die Grundursache dafür, dass unsere Spezialität die dankbare und blühende Tätigkeit, die sie in der Tat ist, geworden ist. Die Entwickelung der Medizin scheint mehr und mehr in der Richtung auf Organspezialisierung zu gehen, und unsere Tätigkeit ist ja eine ganz typische wissenschaftliche und praktische Organspezialität, welche jedoch zufolge des komplizierten Baus der Lokomotionsorgane von uns die vielseitigste Therapie, die irgend eine solche Organspezialität kennt, fordert. Um mit einigem Erfolg unsere Tätigkeit auszuüben, müssen wir auf der Basis unserer allgemeinen ärztlichen Ausbildung vollkommen geschulte Chirurgen sein, die ausserdem die Gipstechnik viel vollständiger als es in gewöhnlicher chirurgischer Tätigkeit erforderlich ist, beherrschen müssen; wir müssen Radiologen sein; wir müssen Gymnasten und Masseure sein und die ganze Mechanotherapie von Grunde aus kennen; wir müssen Bandagenfabrikation und orthopädische Schuhmacherei gründlich verstehen; ja, wir müssen sogar um unsere Behandlungsanordnungen praktisch zu machen, ein wenig Ingenieure und Konstrukteure sein. Kein Wunder unter solchen Verhältnissen, dass unsere Spezialität sicherlich die längste Ausbildungszeit von allen medizinischen Organspezialitäten fordert. Da wir uns also mit einer so vielseitigen Therapie beschäftigen, scheint es mir von keiner geringen Bedeutung, dass der Name unserer Spezialität keinen speziellen therapeutischen Nebenlaut hat, der auf irgend eine spezielle Form von Therapie, die wir mit Vorliebe im Kampfe gegen die Deformitäten verwenden sollten, hinweist. Und gerade in dieser Hinsicht gefällt mir der Name „orthopädische Chirurgie“ nicht. Derselbe gibt ohne Zweifel die Vorstellung, dass wir in unserer Tätigkeit hauptsächlich Operationen, blutig operative Methoden anwenden. Und nichts ist unrichtiger, da wir ja in unserer Tätigkeit alle Hilfsmittel gebrauchen, um ein gutes Resultat zu erzielen. Dies ist nicht nur sachlich falsch, sondern führt zu praktischen Unannehmlichkeiten. Wir wissen, wie über die ganze



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 20:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Welt verbreitete, nicht medizinisch ausgebildete Gymnasten in grosser Ausdehnung sich selbständig mit Deformitätenbehandlung beschäftigen. Auch die Kenntnisreichsten von ihnen haben mit ihrer grenzenlosen Ueberschätzung der Bedeutung und Resultate der manuellen Mechanotherapie, auch bei schwereren Deformitäten, einen panischen Schrecken vor operativen Eingriffen und sind ausserdem darüber klar, dass der „orthopädische Chirurg“ keine anderen Hilfsmittel kennt oder jedenfalls nicht verwendet. Diese grundfalsche Auffassung bringen sie ihren Patienten bei und verhindern somit absichtlich oder unabsichtlich manchen Patienten, rationelle Behandlung eines Gebrechens oder einer Lähmung zu suchen. Ist der Gymnast weniger gewissenhaft, so benutzt er also des Publikums nicht unbeträchtliche Furcht vor Operationen und schreckt den Patienten davon ab, den sachverständigen orthopädischen Chirurgen aufzusuchen, „denn dieser gebraucht nichts als Operationen!“ Vielleicht sind diese Missstände nicht überall so gross wie hier in Schweden, aber vorkommen werden sie wohl überall.

Bei aller Anerkennung der grossen historischen Bedeutung, welche der Name „orthopädische Chirurgie“ gehabt, und unter Hervorhebung der Tatsache, dass jedenfalls unter dieser Flagge unsere Spezialität in einem Grade, wie niemand vor 30 Jahren hätte ahnen können, aufgeblüht ist, möchte ich doch in Frage stellen, ob wir uns für alle Zukunft diesen Namen unserer geliebten und dankbaren Tätigkeit wünschen sollen. Wir brauchen ihn nicht mehr, um unser Abstandnehmen von der sogenannten Orthopädie, welche früher — und hier und da vielleicht noch — in Bandagenwerkstätten, Schuhmachereien und Gymnastiklokalen betrieben wurde, zu betonen; dies war zu der Zeit nötig, als Orthopädie sowohl für das Publikum wie für die Aerzte beinahe identisch mit der Bandagistenkunst war und fast keine andere Methoden für Behandlung von Deformitäten bekannt waren. Diese Zeit ist jetzt vorüber, und es beginnt selbstverständlich zu sein, dass jeder, welcher orthopädische Fälle behandelt, auch allerlei blutig operative Methoden in seiner Tätigkeit gebraucht. Ich glaube deshalb, dass wir aus guten Gründen nach und nach daran denken könnten, zu dem Ausdruck Orthopädie zurückzukehren, welcher die wohlbegrenzte, wissenschaftliche und praktische medizinische Organspezialität bezeichnet, die sich mit dem Studium und der Behandlung von Deformitäten beschäftigt. Ich glaube, dass wir nach und nach von der Verwirrung in der Terminologie, die gegenwärtig herrscht, frei werden könnten. Sieht man sich in der Litteratur um, so bekommt man fast den Eindruck, dass die Orthopädie nicht ganz weiss,



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 20:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wohin sie gehört. Wir finden eine Menge von verschiedenen Kombinationen. So haben wir „Zeitschrift für orthopädische Chirurgie, einschliesslich Heilgymnastik und Massage"; wir haben „Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie", wir haben „Monatschrift für orthopädische Chirurgie und physikalische Heil- und Untersuchungsmethoden" und wir haben dieses „Zentralblatt für chirurgische und mechanische Orthopädie, einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage". In nicht-deutschen Ländern finden wir ebenfalls eine ganze Menge ähnlicher Gruppierungen. So finden wir z. B. in der englischen Literatur die jetzt ungewöhnliche, aber in der Zukunft vielleicht nicht so selten vorkommende Gruppierung „orthopedic surgery, fractures and dislocations" und „orthopedic surgery and diseases of joints."*) Alle diesen Namenkombinationen sind verwirrend und tragen nicht dazu bei — was wir wohl alle wünschen — sobald wie möglich unserer Spezialität einen festen Platz unter den medizinischen Disziplinen zu geben. Der Name Orthopädie ist einfach und klar und genügt vollkommen für diejenige Spezialität, welche orthopädische Fälle studiert und behandelt. Abgesondert von der Chirurgie ist diese Spezialität Schwester zu Geburtshülfe, Gynäkologie, Ophthalmologie u. a. Niemand spricht von geburtshülflicher Chirurgie, gynäkologischer Chirurgie oder ophthalmologischer Chirurgie, sondern diese Spezialitäten werden einfach mit ihren Organnamen benannt.

Wie alle anderen Spezialitäten hat jedoch auch die Orthopädie ihre Grenzgebiete, wie z. B. Gelenk- und Knochen-Chirurgie, gewisse Teile der Neurologie, Unfallchirurgie u. s. f.; die Zukunft wird zeigen, ob nicht manches aus diesen Gebieten nach und nach wenigstens im Unterricht zu der Orthopädie verschoben wird. Besonders ist es wohl wahrscheinlich, dass man in der Zukunft, da die Orthopädie ein Mal den Platz im Unterrichtswesen, den sie wohl verdient, erhalten, sich recht oft der Fachkombination Orthopädie und Mechanotherapie bedienen wird. Dieses kann ja berechtigt sein, da keine Abteilung der praktischen Medizin der Mechanotherapie so bedarf wie die Orthopädie, und da ja die Mechanotherapie — obwohl nur ein therapeutisches Hilfsmittel — so umfassend und wichtig ist, dass man den Anspruch derselben auf einen besonders fixierten Platz im Unterrichtswesen für berechtigt halten kann.

Bei der Wahl des Titels dieses Zentralblattes, unseres jüngsten Fachblattes, glaube ich spüren zu können, dass man mit dem Namen

*) Siehe Titelblatt von Lewis A. Sayre's klassischen Lectures on orthopedic surgery etc. London 1879.



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 20:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

„orthopädische Chirurgie“ nicht ganz zufrieden ist. Und ich glaube, dass der Name „chirurgische und mechanische Orthopädie“ eine gute Uebergangsform zu der alten einfachen Benennung Orthopädie bilden könnte, oder vielleicht noch besser „chirurgische, mechanische und gymnastische Orthopädie“. Warum wir die gesamte Heilgymnastik und Massage, also auch diejenige Mechanotherapie, die sich z. B. mit Herzkrankheiten und anderen inneren Krankheiten beschäftigt, mit uns schleppen sollen, verstehe ich jedoch nicht. Auf Grund der vorstehenden Reflexionen würde ich also wünschen in der Zukunft ganz einfach ein „Zentralblatt für Orthopädie“ zu haben, oder, wenn man so will, mit Zufügung von Mechanotherapie, d. h. ein Zentralblatt für alles, was das Studium und die Behandlung der orthopädischen Fälle betrifft.

Über die Bedeutung der Sehnenüberpflanzung.

Von

P. REDARD*)

Paris.

In meinem kürzlichen Berichte von 1906 auf dem internationalen medizinischen Kongress in Lissabon habe ich die Bedeutung und die Indikationen der Sehnenverpflanzungen, besonders bei der Behandlung paralytischer Deformitäten erörtert. Ich brauche meine Schlüsse, welche auf eine umfassende Erfahrung und die Untersuchung von Patienten, welche vor mehreren Jahren operiert wurden, gestützt sind, heute nicht zu ändern.

Die zahlreichen Sehnentransplantationen, welche seit zehn Jahren ausgeführt wurden, dürften wohl gestatten, den Wert dieser Methode zu beurteilen. Leider kann man sich nicht genau auf die Statistiken verlassen, welche unterschiedliche Fälle bringen, die bei verschiedener Schwere und auf verschiedene Art operiert wurden, und welche häufig nur wenig Auskunft über die Endresultate geben.

Ein zutreffendes Urteil kann man erst wirklich haben, wenn man lange eigene Fälle geprüft und verfolgt hat.

Unsere Schlüsse auf dem Kongress in Lissabon lauteten dahin, dass die Sehnen-Transplantation ein Verfahren von grosser Bedeutung darstellt, das sowohl allein, wie in Verbindung mit anderen Operationen,

---

*) Nach einem Vortrag auf dem französischen Chirurgen-Kongress, Oktober 1907.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 20:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

häufig vorzügliche Resultate bei der Behandlung von paralytischen Deformitäten gibt.

Diese Operation kann teilweise wenigstens das Gleichgewicht der Muskeln wieder herstellen, einige Bewegungen wieder erlangen lassen, die Funktion verbessern, die Korrektur einer Deformität aufrechterhalten und den Rückfall verhindern. Die Ausweise, die wir zur Zeit besitzen, lassen nicht die Behauptung zu, dass man häufig eine vollkommene funktionelle Heilung, eine völlige Wiederherstellung des Muskelgleichgewichts, eine glatte Anpassung des Nervensystems an die neuen funktionellen Bedingungen erzielen kann. Meiner Ansicht nach sind die Resultate um so besser, je vollkommener und den verschiedenen Fällen besser angepasst die Technik ist. Die einfachen ursprünglichen Ueberpflanzungsverfahren, das blosse Anheften von Muskeln, die partielle Transplantation von Sehnenstreifen werden mit Recht heutzutage durch plastische Verfahren ersetzt, welche allerdings umständlicher, aber rationeller und wirksamer sind. Anscheinend haben einige Chirurgen aus den Transplantationen nicht den wünschenswerten Nutzen gezogen, indem sie eine zu vereinfachte Technik anwandten und in allen Fällen partielle Transplantationen vornahmen, welche nur zur Fixierung dienen und keinerlei Wirkung auf die aktive Bewegung der Körperteile haben. Die Erfolge, die guten Endresultate hängen besonders von der Wahl der Fälle, von der angewendeten Technik, der pünktlichen Beobachtung aller Operationsregeln und der nachfolgenden Behandlung, ab. Ich ziehe die absteigende und die totale Transplantation allen übrigen Methoden vor. Die totale Transplantation ergibt eher wie die andern Verfahren die Anpassung des Nervensystems und die Wiederherstellung der Funktionen. Die periostale Transplantation sollte der Transplantation von Sehne auf Sehne oft vorgezogen werden, weil sie den Vorteil hat, die Dehnung der Gewebe, die Erschlaffung der gelähmten Sehne, auf welche der gesunde Muskel genäht ist, zu vermeiden und weil sie ermöglicht, dass man nur einige gesunde Muskeln braucht, deren Sehnen an einer beliebigen Stelle fixiert werden. Die Einpflanzung [an eine neue Stelle des Skeletts] eines abgelösten Muskels bessert die seitlichen Verkrümmungen des Fusses bedeutend und verhütet die Wiederkehr der Deformität.

Wenn irgend möglich, muss die Sehne des tätigen Muskels auf die Knochenhaut genäht werden, indem man sie an der Insertion löst und sie in ihrem ganzen Umfang gebraucht. Die künstlichen Sehnen aus Seide erzielen wohl einige Bewegungen, sollten aber nur ausnahmsweise angewendet werden.

Generated on 2019-06-08 20:26 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Seit langer Zeit legen wir grosses Gewicht auf die Bedeutung der Ergänzungs-Operationen (Verlängern, Verkürzen der Sehnen), welche viel zur Wiederherstellung der Funktionen beitragen.

Unter dem Einfluss der gebesserten Form erhalten einige atrophierte oder durch Inaktivität gelähmte Muskeln wieder ihren Tonus und ihre Bewegungen.

Was die Indikationen anbelangt, so ist die Sehnen-Transplantation angezeigt bei den schlaffen Lähmungen, welche zentralen und peripherischen Ursprungs sind, wenn die Lähmung unvollständig ist und man einige tätige und gesunde Muskeln benutzen kann, besonders bei paralytischem Klump- und Spitzfuss.

Das Verfahren ist nicht angezeigt, wenn die Lähmung sich auf eine grosse Anzahl Muskeln erstreckt, man erzielt alsdann nur eine schlechte Fixierung ohne Verbesserung der Funktion.

Die periostale Transplantation ist der Verbindung von Sehne zu Sehne vorzuziehen: Wenn die gelähmte Muskelsehne, auf welche die Transplantation gemacht werden soll. nicht genug Widerstandskraft hat, wenn die Verbindung nicht an einer Stelle gemacht werden kann, welche sich nahe bei der periostalen Insertion der gelähmten Sehne befindet, wenn man eine Stelle am Skelett finden kann, wo der verpflanzte Muskel besser zu funktionieren imstande ist, wenn man endlich die Pronation und die Supination bei seitlichen Verkrümmungen am Fusse wiederherstellen will.

Die Transplantation ist bei Lähmung des Quadriceps femoris und in einigen Fällen von Lähmung der oberen Extremität zu raten.

In keinem Falle greifen wir voreilig ein, wir warten immer ab, bis der endgültige Lähmungszustand eingetreten ist.

Wir verbessern zuerst die Deformität mit den gebräuchlichen Methoden. Einige Monate später wenden wir, wenn es zulässig ist, die nötigen Transplantationen an.

Wir sind nicht sehr eingenommen für die Sehnen-Transplantationen bei der Little'schen Krankheit, bei den verschiedenen spastischen Affektionen, wo sich nur selten gute Resultate erzielen lassen.

Unserer Erfahrung gemäss sollte hier die Tenotomie in allen Fällen der Transplantation vorgezogen werden.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

C. Beck. (New York). Surgical diseases of the Chest. With 16 colored and 162 other Illustrations. Blakiston's Son and Co. Philadelphia 1907.

Während die Bauchchirurgie das bevorzugte Arbeitsgebiet der amerikanischen Chirurgie darstellt, wurde die Chirurgie des Brustkorbes vernachlässigt. Seit St. Paget 1896 hat kein amerikanischer Autor eine spezielle Darstellung der chirurgischen Krankheiten des Brustkorbes geliefert.

Verf. berücksichtigt in seinem 370 Seiten umfassenden Buch, das er V. Czerny „dem grossen Lehrer und Freund vieler amerikanischer Chirurgen" widmet, den mächtigen Umschwung, den die Chirurgie des Thorax drei Faktoren zu danken hat: Bakteriologie, Asepsis, Röntgenverfahren. Er schreibt in erster Linie für den praktischen Arzt und legt darum in seiner Darstellung besonderes Gewicht auf die Erörterung der Diagnose.

Uns interessiert hier nur der kurze Abschnitt über Deformitäten des Brustkorbs, die auf wenig mehr als einem Druckbogen abgehandelt werden, am eingehendsten die Diagnose und event. Therapie der Halsrippe.

Die Chirurgie der Wirbelsäule hat keine Berücksichtigung gefunden.

Die Abbildungen mit Ausnahme mancher Röntgenbilder sind wie die übrige Ausstattung des Buches vorzüglich.

Vulpius-Heidelberg,

Preiser (Hamburg). Die Arthritis deformans coxae und die Variationen der Hüftpfannenstellung. Zugleich ein Beitrag über den Wert der Roser-Nelaton'schen Linie und die Bedeutung des Trochanterhochstandes bei Hüftgesunden. Mit 31 Abbildungen im Text. Leipzig 1907. F. C. W. Vogel. 2 Mk.

Klinische Beobachtungen an zahlreichen Fällen von Malum coxae gaben die Veranlassung zur Untersuchung der Roser-Nelaton'schen Linie bei Gesunden, die hierbei gefundenen überraschenden Ergebnisse ihrerseits zu einer anatomischen Studie über die Pfannenstellung.

Von den interessanten Schlussfolgerungen sei eine Anzahl hier wiedergegeben:

Bei über 60% aller Individuen steht der Trochanter über der R. N.'schen Linie. Hochstände von 5—6 cm sind nicht selten, von 3—4 cm sehr häufig.

Der Trochanterhochstand hat also nicht die ihm zugeschriebene differentialdiagnostische Bedeutung. Beim Trochanterhochstand Hüft-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gesunder findet man im Röntgenbild keine Coxa vara, die Ursache des Hochstandes liegt vielmehr im Becken, indem Spina oder Tuber oder Pfanne ihre gegenseitigen Lagebeziehungen verändert haben. Nur bei 43% der Skelettbecken geht die R. N. Linie durch das Pfannenzentrum. Beim rachitischen Becken (29% der untersuchten Becken) steht die Pfanne frontal, der Rachitiker muss also im Hüftgelenk stark aussenrotieren, um den Fuss sagittal aufzusetzen. Bei den übrigen 28% der Becken steht die Pfanne abnorm sagittal, das Femur wird innenrotiert. Beide Varietäten des Beckens bedeuten ein statisches Missverhältnis, beide haben Trochanterhochstand beim Lebenden zur Folge.

Die genannte statische Störung kann eine Arthritis deformans coxae zur Folge haben.

Der Trochanterhochstand begünstigt auch anderweitige statische Missverhältnisse z. B. Pedes plani, Genua valga, Crura vara, Coxa vara.

Die Arthritis deformans coxae ist eine der Hüfte eigentümliche Erkrankung sekundären Charakters, bedingt durch ein statisches Missverhältniss in den unteren Extremitäten inkl. Becken, das sich kundgibt in einem Trochanterhochstand infolge anormaler Pfannenstellung.

Der Trochanterhochstand besteht also bereits vor Einsetzen der Krankheit. Es gibt keine Arthritis deformans coxae ohne Trochanterhochstand, derselbe findet sich bei einseitiger Affektion in gleicher Weise auf der gesunden Seite. Die A. d. c. verläuft anfangs meist unter dem Bilde einer chronischen, stets rezidivierenden Ischias.

Bestehen neben der Ischias Schmerzen im Knie und an der Vorderfläche des Oberschenkels, so müssen wir an eine Hüftgelenksaffektion denken.

In einem Anhang wird noch ein Fall von sogenannter idiopathischer und juveniler Osteoarthritis deformans coxae (kongenitale Dysarthrie?) beschrieben und erörtert.

Die Monographie fordert zu sorgfältigem Studium und zur eingehenden Nachprüfung der von R. gefundenen Tatsachen und der auf sie gegründeten Anschauungen auf. Ein Auszug aus derselben wurde auf dem Orthopädenkongress 1907 vorgetragen.

Vulpius-Heidelberg.

Schwalbe. Therapeutische Technik für die ärztliche Praxis. Ein Handbuch für Aerzte und Studierende.

Mit 465 Abbildungen. Leipzig 1907, G. Thieme. 20 Mk.

Wir können natürlich nur diejenigen Kapitel besprechen, welche in den Rahmen unseres Blattes gehören, möchte aber doch nicht unter-



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lassen zu bemerken. dass man beim Durchblättern des Buches den Eindruck gewinnen muss, dass es seine Aufgabe „praktisch" zu sein vollauf erfüllt. Alle Mitarbeiter waren gleich bemüht, durch Wort und Bild so anschaulich zu wirken, dass der Praktiker das Gelesene auch wirklich verwerten kann.

Die 3 ersten Kapitel des gegen 800 Seiten starken Werkes bringen aus der Feder Hoffas die „Technik der Massage", die „Technik der Gymnastik" und die „Technik der mechanischen Orthopädie."

Wer den Leitfaden der Massage von Hoffa kennt, kann in dem ersten Kapitel Neues nicht finden.

Das zweite Kapitel handelt von der Zimmer- und Freiluft-Gymnastik, von der lokalen aktiven und der speziellen passiven Gymnastik, den Widerstandsbewegungen und der Uebungstherapie. Eine Serie von der maschinellen Gymnastik dienenden Apparaten sind abgebildet, ebenso eine Reihe Frenkel-Goldscheider'scher Vorrichtungen für die Uebungstherapie.

Besonders lehrreich und flott geschrieben ist die Darstellung der orthopädischen Verbände und Apparate. Es wird den praktischen Arzt gewiss interessieren, die Technik der wichtigsten Verbände, über welche die moderne Orthopädie verfügt, und den Werdegang der orthopädischen Apparate kennen zu lernen, der durch eine Reihe neuer Bilder vor Augen geführt wird. **Vulpius**-Heidelberg.

R. Granier. Lehrbuch für Heilgehülfen und Masseure, Krankenpfleger und Bademeister.

5. Auflage mit 80 Abbildungen Berlin 1907, R. Schoetz. 6 Mk.

Von dem im amtlichen Auftrag verfassten, weit verbreiteten Lehrbuch interessiert uns die Darstellung der Massage.

Der angehende Masseur findet in dem ersten Kapitel eine Darstellung des Körperbaues. Eine genauere Beschreibung des Verlaufes der Blutgefässe und Hauptnervenstämme wäre für seine Zwecke wohl erwünscht.

Die Darstellung der Massage, als deren 6. Handgriff Verf. „das Bewegen" aufführt, ist eine recht eingehende und anschauliche, wenn auch die Technik nicht durchweg die bei uns übliche ist. Einzelne Abbildungen sind hier geeignet, Missverständnisse zu erzeugen z. B. die Fig. 70 vom Kneten.

Doch lässt sich die Massage ja überhaupt nicht aus einem Buch erlernen. Und ihre Darstellung macht nur einen kleinen Teil des Buches aus, das in der Hauptsache andere allgemeine Aufgaben sich stellt und in anerkannt vorzüglicher Weise erfüllt.

Vulpius-Heidelberg

Generated on 2019-06-08 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Grober. Einführung in die Versicherungsmedizin. Vorlesungen für Studierende und Aerzte.

Jena 1907. Gustav Fischer. Geh. 3,60, geb. 4,50.

Da der Orthopäde vielfache praktische Berührung mit der Versicherungsmedizin hat, so sei angehenden Spezialkollegen das vorliegende kleine Buch angelegentlichst empfohlen. Es orientiert den Leser rasch und angenehm — es entstand aus klinischen Vorlesungen — über die Entwicklung des Versicherungsgedankens über Kranken- Alter- und Invaliditäts-, staatliche und private Unfallversicherung, Haftpflicht und Lebensversicherung und jeweils über die Tätigkeit des Arztes im Dienst dieser verschiedenen Versicherungszweige. **Vulpius**-Heidelberg.

1) **Biesalski** (Berlin). Praktische Ergebnisse der Krüppelstatistik.

Zeitschr. für orthopäd. Chirurgie. 19. Bd. 1.—2. H. S. 62.

B. gibt in kurzem Auszuge die Ergebnisse der preussischen Krüppelstatistik. Danach kommen (bloss Kinder unter 15 Jahren gerechnet) auf 38 Millionen Einwohner 51 781 Krüppel, das sind 1,38 auf 1000. Bei 6945 wurde Aufnahme in ein Krüppelheim als erwünscht bezeichnet, während alle bisher bestehenden Heime nur 1878 Betten, die bereits besetzt sind, zur Verfügung haben. Da nach früheren Statistiken zu erwarten ist, dass von diesen Krüppeln 90 Prozent durch entsprechende Behandlung erwerbsfähig werden, so ist eine Errichtung von weiteren Krüppelheimen durchaus notwendig, um von diesen Hilfsbedürftigen, die ihren Angehörigen oder der öffentlichen Mildtätigkeit zur Last fallen, möglichst viele zur wirtschaftlichen Selbständigkeit zu erziehen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

2) **Strubell** (Dresden). Beiträge zur Immunitätslehre: Über Opsonine.

Münch. med. Wochenschr. 1907. No. 44. p. 2172.

St. hat in England im Laboratorium Wright's Gelegenheit gehabt, die Frage der Opsonine und der Opsonintherapie an einem reichen Krankenmaterial zu studieren. Nach der Theorie Wrights werden die Bakterien von gewissen Stoffen des Blutserums und Plasmas (Opsoninen) für die Phagocytose vorbereitet. Die Zahl, die man für die Phagocytose bei normalem Serum und bei Serum eines bereits infizierten Individuums findet, differiert deutlich. Das Verhältnis beider ist der opsonische Index (s. d. Mitteilungen in den letzten mediz. Wochenschriften). In der Bestimmung dieses Index haben wir ein



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

neues für Diagnose, Prognose und Therapie der Infektionskrankheiten wichtiges Mittel. Mit ihm kann man z. B. bei einem Menschen den Ausbruch einer Tuberkulose monatelang voraussagen.

Folgende allgemeine Gesichtspunkte lassen sich vorläufig aufstellen:

1. Im Blutplasma des normalen Organismus kreisen Stoffe, die eingedrungene Bakterien zur Phagocytose vorbereiten und die ihrerseits durch Bakterien absorbiert werden: Normalopsonine.

2. Diese sind spezifisch.

3. Die Menge der Normalopsonine schwankt in ziemlich engen Grenzen.

4. In einem von Bakterien infizierten Individuum werden durch die Bakterien in den Körpergeweben Stoffe gebildet, die eine Gegenreaktion des Organismus in Gestalt von vermehrter Opsoninbildung hervorrufen (Immunopsonin). Diese sind wirksam nur gegen das eine Bakterium, dessen Produkte ihre Entstehung oder Vermehrung angeregt haben.

5. Die Gegenreaktion des Organismus hängt ab von der Menge der Bakterienprodukte, die in die Zirkulation übergeführt sind.

Diese stärkere Bildung von Opsoninen kann therapeutisch durch die Vakzination mit den abgetöteten Kulturen desselben Mikroorganismus, der die Krankheit hervorgerufen hat, erzeugt werden Dies ist besonders da wertvoll, wo die Reaktion des Körpers auf die Infektion fehlt oder insuffizient ist, z. B. auch bei der Haut-, Knochen- und Drüsentuberkulose, wo der Krankheitsherd schlecht vaskularisiert ist. Um den Afflux dieses stärker opsonischen Blutes im Krankheitsherd noch zu erhöhen, wendet man die Biersche Stauung an, die folgendes zu Wege bringt: Abfuhr von Toxinen, Erhöhung der Reaktion des Organismus und Zufuhr von frischem, opsonierfähigem Serum. Die grössten Erfolge hat St. bei Karbunkelheilungen mittels Staphylococcenvakzine gesehen. Langwierig und wechselnd sind die Erfolge vorläufig noch bei lokalen Tuberkulosen. Doch hat St. eine grosse Anzahl der scheusslichsten Haut-, Knochen- und Gelenktuberkulosen gesehen, die, nachdem sie jahre- und jahrzehntelang vergeblich behandelt, durch die Opsonotherapie geheilt worden sind, und zwar durch Injektionen mit verdünntem Kochschen Neutuberkulin. Zwar ist die Behandlung mühselig und erfordert einen gewaltigen Apparat, da die Dosierung für jeden Fall erst berechnet werden muss. Näheres, sowie die Krankengeschichten von 50 Fällen von Tuberkulose aus der Wrightschen Anstalt, will St. später veröffentlichen. In der tierärztlichen Hochschule in Dresden ist ein opsonisches Laboratorium eingerichtet worden. **Ewald** - Hamburg,


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

3) **G. Schenker** (Aarau). Meine Beobachtungen in der Tuberkulosetherapie bei der Anwendung von Marmorek-serum.

Münch. med. Wochenschr. 1907. Nr. 43. p. 2125.

Trotzdem fast nur von der Einwirkung des Serums auf Lungentuberkulose die Rede ist, soll die Arbeit doch referiert werden, weil öfter günstige Berichte über die Anwendung bei tuberk. Knochen- und Gelenkleiden veröffentlicht worden sind, die allerdings nicht ohne Widerspruch geblieben sind.

Es wurden in dem Zeitraum eines Jahres 39 Patienten in der kantonalen Krankenanstalt mit Serum behandelt. Nebenher ging natürlich die übliche Pflege, Freiluftbehandlung, Liegekur usw. Es wurden täglich 5—10 ccm per rectum injiziert. Nebenerscheinungen: manchmal Pulsbeschleunigung, Diarrhoe; subjektiv keine. Von den 39 Kranken litten 20 an Lungen-, 3 an Knochen-, 1 an Nieren-, 1 an Bauchfelltuberkulose, 14 an Tuberkulose verschiedener Organe. 29 Patienten standen im 3. Stadium der Erkrankung. Nach durchschnittlich 31 (8—76) Injektionen waren ganz geheilt 8, wesentlich gebessert 11, wenig gebessert 4, nicht gebessert 5, gestorben 1, 10 Kranke sind noch in Behandlung und erfreuen sich alle einer ganz bedeutenden Besserung. Bei der Knochentuberkulose bildeten sich die meisten Symptome der chron. Entzündung zurück. Eine Verdickung der erkrankten Knochenpartie, eine partielle oder völlige Versteifung der affizierten Gelenke blieb öfters zurück, ohne sonst anderen wesentlichen Schaden zu hinterlassen.

Sch. kommt zu folgenden Schlüssen:

Das Marmorekserum wirkt antitoxisch (Tuberkelbazillen verschwinden). Es wirkt besonders günstig bei Lungentuberkulose 1. und 2. Grades und bei Knochentuberkulose. Auch bei Lungenerkrankungen 3. Grades wirkt es besser als irgend ein anderes Mittel.

Je schwerer und hartnäckiger der Prozess ist, desto länger muss das Serum angewandt werden. Eine allgemeine Anwendung des Serums ist leider wegen des hohen Preises nicht möglich. Ein ideales Heilmittel ist das Serum nicht, aber es ist doch ein grosser Schritt vorwärts im Kampfe gegen die Tuberkulose. **Ewald**-Hamburg.

4) **C. Thiem** (Cottbus). Ueber die Bedeutung physikalischer Mittel bei der Untersuchung und Behandlung Unfallverletzter.

Monatsschrift für Unfallheilk. 1907. Nr. 10.

Aus dem Vortrag, den Th. auf dem zu Rom abgehaltenen II. internationalen Kongress für Physiotherapie gehalten hat, ist folgendes für den Orthopäden von Interesse:



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei allen Knochenbrüchen wird in der Narkose die rücksichtsloseste Einrenkung unter Kontrolle des Röntgenverfahrens angewandt. Bei typischen Radiusbrüchen genügt das allein, nachher wird mir Mitella und Mechanotherapie weiter behandelt. Wenn Feststellung der Bruchenden nötig ist, wendet Th. nur noch die Bardenheuersche Extensionsbehandlung an. Von den Gehgipsverbänden ist er ganz abgekommen (nur bei mangelhafter Kallusbildung und Pseudarthrosengefahr). Bei Pseudarthrosen hat er durch Einspritzung von Blut, das der Armvene entnommen war, günstige Erfolge gesehen, auch von der einfachen Blutstauung.

Von der Orthopädie hat die Unfallheilkunde manches gelernt, besonders bezüglich der plastischen Nerven-, Muskel- und Sehnenverpflanzung. Doch warnt Th. vor Eingriffen bei progressiven Hirn- und Rückenmarksleiden. Ebenso vor der übermässigen Anwendung von portativen Apparaten, die doch bald abgelegt werden, weil sie bei der Arbeit hinderlich sind. Hier soll man mehr mit der eigentlichen Mechanotherapie einzuwirken suchen.

Beinstützapparate gibt Th. nur bei Schlottergelenken, redressierende Apparate nur bei schweren Gelenkverkrümmungen.

Als Prothesen empfiehlt er einfache leichte Stelzbeine, die auf tragfähigen Stümpfen ruhen. (Massage und Beklopfen der Stümpfe.)

Thermotherapeutisch wendet Th. Dampf-, Moor-, Fangobäder, Thermophore, Sand- und Heissluftbäder an (70—100°). Diese aktive Hyperämie eignet sich aber nur für die traumatischen Entzündungen und chronischen Rheumatismen, für die gonorrhoischen Gelenkerkrankungen, Neuralgien, Neuritiden und chron. Muskelerkrankungen. Für Tuberkulose und nervöse Arthropathien sind sie schädlich. Hier wird die passive Hyperämie nach Bier mit bestem Erfolge angewandt.

Bezüglich der Mechanotherapie äussert sich Th. dahin, dass sie niemals die primäre chirurgische Behandlung ersetzen kann, aber diese von Anfang an unterstützen solle (wie bei den Radius-, Schlüsselbein- und Kniescheibenbrüchen). Es folgen allgemeinere Bemerkungen über die Massage (trockene, schlüpfrige, Palpations-, Vibrationsmassage) und die Heilgymnastik (Widerstandsgymnastik und Apparatotherapie, wobei es sich gleich bleibt, welche Art von Apparaten man anwendet, wenn nur alle physiologischen Bewegungen vorgenommen werden können). Weiter empfiehlt Th. die deutschen Freiübungen, die elastischen Bindeneinwickelungen, die Bier- und Klappschen Saugapparate, bei denen besonders die Schmerzlosigkeit des Verfahrens gerühmt wird. Bezüglich des Elektrisierens steht Th. auf dem Standpunkt, dass der faradische Strom gerade für die Unfallverletzten



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ein Tonikum ersten Ranges darstellt, das er zweimal täglich bei seinen Patienten anwendet. Er ist überzeugt davon, dass die Zunahme der Muskeln des erkrankten Gliedes an Kraft und Fülle zu nicht geringem Teil dem häufigen Faradisieren zuzuschreiben ist. Vom galvanischen Strom benutzt Th. die schmerzherabsetzende Wirkung der Anode und die empfindungssteigernde der Kathode und ferner die katalytische Wirkung des galvanischen Stromes bei Exsudaten und entzündlichen Bindegewebswucherungen. (Besonders günstige Erfolge bei starken Kallusbildungen.) **Ewald** - Hamburg.

5) **Joachimsthal.** Eine ungewöhnliche Form der Knochenerweichung.

Berliner mediz. Gesellschaft. 23. Okt. 1907.

Deutsche med. Wochenschr. 1907. Nr. 45. p. 1881.

Rachitis gewöhnlich beim Kinde, Osteomalacie bei Erwachsenen; aber auch Spätrachitis und infantile Osteomalacie.

Demonstration einer 18jährigen Patientin, die im 12. Jahre Schmerzen und Knochenerweichungen an den unteren Extremitäten bekommen hat: auffallende Auftreibung der Epiphysen, Verkrümmung der Ober- und Unterschenkel, Weichheit und Druckempfindlichkeit der Knochen. Röntgenbilder ergeben breite Knorpelzonen, Fissuren in den Knochen. Durch Phosphorleberthran bedeutende Besserung. Wohl Spätrachitis. **Ewald** - Hamburg.

6) **Gebele.** Biersche Hyperämie mit Demonstrationen.

Aerztl. Verein in München. 16. Oktober 1907.

Deutsche med. Wochenschr. 1907. Nr 45. p. 1887.

Von den 26 Fällen von Gelenktuberkulose, die 1906—1907 behandelt wurden, hat die ungünstigsten Resultate die Kniegelenkstuberkulose ergeben. Diese eignet sich besser für die operative Behandlung. Am günstigsten war der Erfolg bei Ellenbogentuberkulose.

Bei nichttuberkulösen Prozessen sind die Heilresultate weit besser.

Krecke betont, er habe auch bei der Kniegelenkstuberkulose der Kinder sehr gute Erfolge gesehen, nicht dagegen bei Erwachsenen.

Ewald - Hamburg.

7) **Chrysospathes** (Athen). Die Variationen einiger Skelettteile und die von ihnen ausgehenden Beschwerden.

Zeitschr. für orthopäd. Chirurgie. 18. Bd. 3.—4. H. S. 365.

Bei einem 20jährigen Pat., der Ch. wegen Schmerzen an beiden Fersen konsultierte, fand Verf. an den Calcanei spornartige Auswüchse.



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die auf Druck und beim Gehen schmerzhaft waren. Ein Vergleich mit den in der Literatur beschriebenen Fällen führt Ch. zu der Annahme, dass der Zug der Bänder und Muskeln spez. der Achillessehne an dem noch weichen Knochen das Wachstum einer derartigen Exostose veranlasst habe. Als praedisponierend wird bei diesem Pat. eine rheumatische Diathese angesehen, während bei anderen Trauma oder auch eine gonorrhoische Affektion bei der Ausbildung des Prozesses mitwirkte. Therapeutisch wäre nur eine Abmeisselung der Exostose, die in anderen Fällen Heilung gebracht hat, in Frage gekommen, doch wurde sie von dem Pat. abgelehnt. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

8) Das Korsettverbot in Sachsen. Erlass des Kultusministeriums vom 1. Nov. 1907.

„Es ist vielfach Klage darüber geführt worden, dass nicht selten Schülerinnen beim Turnunterricht einschnürende und ausgiebige Körperbewegungen hindernde Kleidungsstücke tragen und deshalb nicht in vorschriftsmässiger Weise an allen Turnübungen teilzunehmen vermochten. Namentlich wird das Tragen des Korsetts beanstandet, das die für eine normale Körperentwicklung und aufrechte Haltung wichtigen Rumpfübungen nicht oder nur in beschränktem Masse zulässt. Das Landesmedizinalkollegium, das gutachtlich gehört worden ist, hat insbesondere betont, dass das Korsett schon bei ruhiger Körperhaltung und gewöhnlichen Körperübungen einen schädlichen Einfluss auf die Gesundheit ausübe, dass sich dieser aber ganz besonders bei Turnübungen geltend mache und zu tiefgreifenden Störungen des jugendlichen Körpers führen könne."

Das Kultusministerium hat die Bezirksschulinspektoren veranlasst, auf Beseitigung des Korsetts beim Turnunterricht hinzuweisen, sowie die Schulärzte anzuweisen, dass sie diesem Gegenstande ihre besondere Aufmerksamkeit zuwenden. **Ewald** - Hamburg.

9) **v. Aberle** (Wien). Ueber Fettembolie nach orthopädischen Operationen.

Zeitschr. für orthopäd. Chirurgie. 19. Bd. 1.—2. H. S. 89.

Verf. bringt die ausführlichen Krankengeschichten von im ganzen 8 Fällen, von denen 5 tödlich verliefen, während die anderen nach teilweise recht schweren Erscheinungen besonders von Seiten der Lunge sich wieder erholten. Auffällig war bei den meisten, dass die Erscheinungen sich unmittelbar an den operativen Eingriff (meistens unblutig, teils auch blutig) anschlossen. Es handelte sich vielfach um Pat., die wegen ihrer Erkrankung nicht hatten gehen



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

können, wodurch eine Atrophie und Fettdegeneration der Knochen eingetreten war, die mehrfach zu Infraktionen geführt hatte. Gerade diese Frakturstellen waren diejenigen, von denen aus das Fett in den Kreislauf gedrungen war. Verf. rät deshalb, Infraktionen möglichst zu vermeiden, evtl. lieber die Osteotomie als schonenderes Verfahren bei der Streckung von Kontrakturen auszuführen. Auch solle man multiple Kontrakturen nie in einer Sitzung beheben und derartige Operationen überhaupt möglichst früh im kindlichen Alter (unter 14 Jahren) vornehmen, da die Fettbildung im Knochenmark im allgemeinen erst im 6.—7. Lebensjahre beginnt. Ferner soll man bei blutigen Operationen die Esmarchsche Binde nur langsam lösen und auch die Abbindungsstelle nicht massieren, um nicht das etwa dort gestaute Fett plötzlich in den Kreislauf zu treiben.

Ottendorff - Hamburg - Altona.

10) **Colombo** (Rom). Technik der Massage.

Zeitschr. für orthopäd. Chirurgie. 18. Bd. 3.—4. H. S. 432.

C. gibt eine Darstellung der von ihm geübten Massagemethode. Er verwendet eine grosse Reihe von Handgriffen: a. Reibungshandgriffe; b. Drückungshandgriffe; c. Erschütterungshandgriffe; d. Schlagungshandgriffe; e. Mobilisierungshandgriffe; f. Kombinierte Handgriffe (in Verbindung mit Elektrizität, Wärme etc.); g. besondere Handgriffe (Anwendung auf die einzelnen Organe). Die allgemeinen Regeln entsprechen den auch sonst üblichen. Von Schmiermitteln macht C. nur sparsamen Gebrauch. Als solche lässt er gelten: Vaselin, Seifenschaum und Talk. Es folgt dann eine genaue Schilderung der einzelnen Handgriffe sowie deren Kombinationen unter sich und mit anderen Massnahmen, aktiven und passiven Bewegungen, Elektrizität, allgemeiner und lokaler Wärmezufuhr, Anwendung kalten und warmen Wassers, zeitweiligen elastischen Einwicklungen. Am Schlusse wird noch die Anwendung der einzelnen Massageformen auf den Gesamtkörper und seine einzelnen Organe besprochen. Der Artikel enthält einen vollständigen Lehrgang der vom Verf. geübten Massagemethode, es kann ein Referat kein erschöpfendes Bild geben. Ein Studium des Originalartikels ist für den Interessenten unerlässlich.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

11) **Machol** (Dresden). Beiträge zur mediko-mechanischen Improvisationstechnik und Mitteilung einer einfachen Vorrichtung zur Uebertragung vertikaler Pendelschwingung in Horizontalbewegung.

Zeitschr. für orthopäd. Chirurgie. 18. Bd. 3.—4. H. S. 377.

Um die mediko-mechanische Behandlung spez. mittels Pendel-



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

apparaten weiteren Kreisen zugänglich zu machen. hat Verf. sich bemüht, durch relativ einfache Modifikationen die Pendelapparate für Mobilisierung sämtlicher Glieder und des Rumpfes einzurichten. Er benutzt als Grundlage den Pendelapparat für obere Extremität des Med. Warenhauses Berlin. Für Hüftbewegung wird an Stelle der Armkrücke ein Sitz eingeschoben, der über den Drehpunkt des Armhebels zu stehen kommt. Das Bein wird dann an dem nach unten gestellten Armhebel befestigt. Der Sitz kann eingestellt werden, je nachdem die Bewegung im Sinne der Flexion und Extension oder im Sinne der Ab- und Adduktion erfolgen soll. Wird der Armhebel nach oben gestellt und mit einem Querstab, der Armkrücken trägt, versehen, so lässt sich der Apparat zu Rumpfbewegungen verwenden. Schwieriger ist es, die vertikale Bewegung des Pendels in eine horizontale, wie sie im besonderen bei Supinations- und Pronationsbewegungen des Fusses oder bei Radial- und Ulnarflexion der Hand in Frage kommt, zu übersetzen. Verf. verwendet zu dem Zwecke eine horizontal liegende Gabel, die von dem hin- und hergehenden Pendelarm mitgenommen wird und dadurch selbst eine Bewegung im horizontalen Sinne erhält. Auch für Drehbewegungen des Kopfes ist diese Gabelvorrichtung verwendbar, ebenso wie bei Rotation des Beckens. Letzteres käme bei der Skoliosenbehandlung vorwiegend in Frage. Es lässt sich damit noch ein Redressement des Rippenbuckels verbinden, indem durch die Rotation des Beckens der Pat. die hervorragenden Partien des Thorax gegen feststehende Pelotten andrängt, oder indem die Pelotten, die auf einem drehbaren Ring angeordnet sind durch die Schwingungen des Pendels, durch Vermittelung der Gabel auf den Rippenbuckel redressierend einwirken. Jedenfalls lässt sich auf diese Weise mit relativ einfachen Mitteln sehr viel erreichen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

12) **Pape**. Geburt eines Dicephalus dibrachius.
Verein der Aerzte Düsseldorfs. 13. Mai 1907.
Deutsche med. Wochenschr. 1907. Nr. 41. p. 1708.

Das Kind, das dekapitiert werden musste, um geboren werden zu können, hatte zwei normal gebildete Köpfe mit gemeinsamem Hals. Nach dem Röntgenbild fanden sich zwei nach dem Steiss zu konvergierende Wirbelsäulen, die durch Rippen verbunden waren, die selbst wieder knorpelige Verwachsungen zeigten. Zwei Promontorien, zwei Steissbeine, Sternum besteht aus zwei knorpelig verbundenen Knochenplatten. Zwei Herzen in einem Herzbeutel.

Ewald - Hamburg.


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 17:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

13) **A. Alapy.** Behandlung des angeborenen Schiefhalses mit Muskelresektion.

Chirurgische Sektion des Budapester Kgl. Aerztevereins. 2. Mai 1907.

Deutsche med. Wochenschr. 1907. Nr. 41. p. 1714.

A. hat bei vier Patienten, bei denen er vor Jahren die Miculiczsche Resektion des Kopfnickers ausführte, kein Rezidiv entdeckt, trotzdem keinerlei orthopädische Nachbehandlung stattgefunden hat. Jetzt macht A. die Resektion des oberen Kopfnickerteils nach Lange. wegen des besseren kosmetischen Resultats.

Ewald - Hamburg.

14) **Schanz** (Dresden). Ein Typus von Schmerzen an der Wirbelsäule.

Zeitschrift für orthopädische Chirurgie. 19. Bd. 1.—2. Heft, S. 115.

Entspricht völlig dem Referat im Oktoberheft des Zentralblattes für Orthop. aus der Münchener medizinischen Wochenschrift nach einem Vortrag im Dresdener ärztlichen Verein.

Ottendorff - Hamburg-Altona.

15) **Peltesohn** (Berlin). Ueber Spondylitis typhosa.

Zeitschr. f. orthop. Chir. 19. Bd. 1—2. H. S. 239.

Bei der von P. beobachteten Pat. hatte sich die Erkrankung im Anschluss an einen Typhus (4 Wochen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus 1¾ Monat nach der Entfieberung) eingestellt. Die Symptome waren Steifigkeit der Wirbelsäule, starke fixierte Lordose des Lumbalteils und circumscripte Druckempfindlichkeit des 1—3ten Lendenwirbels. Das Röntgenbild ergab normale Knochenverhältnisse. Aus diesen Gründen schliesst Verf. die Diagnose einer tuberkulösen Spondylitis und einer hysterischen Kontraktur aus und glaubt auch auf Grund des gutartigen Verlaufs den Typhus als ätiologischen Faktor bezeichnen zu müssen. Er nimmt entzündliche Veränderungen der Wirbelsubstanz mit reflektorischer Muskelstarre an. Die Behandlung bestand in Ruhigstellung der Wirbelsäule durch Stützkorsett und liess bereits nach kurzer Zeit Besserung in Bezug auf die reflektorische Steifigkeit konstatieren. **Ottendorf** - Hamburg-Altona.

16) **Gerson** (Schlachtensee). Zur Behandlung des runden Rückens und der hohen Schulter.

Zeitschrift f. orthop. Chirurgie. 19. Bd. 1.—2. H. S. 279.

G. benutzt zur Redressierung der hohen Schulter und des runden Rückens eine Pelotte, die wie ein Tornister auf dem Rücken getragen


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 17:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wird. Durch um die Schulter laufende Riemen werden die Schultern zurückgehalten und die Pelotte gegen die vorstehende Schulter angepresst. Die Achselriemen werden vorn noch durch einen Gurt zusammengehalten, der das Abrutschen verhütet und zugleich die Pat. daran erinnert eine gerade Haltung einzunehmen. Zum Redressement des runden Rückens legt G. unter die Rückenpelotte noch eine andere, die durch eine Schraube von der ersteren entfernt und gegen den Rücken angepresst werden kann, um so dass Redressement zu verstärken.

Ottendorf-Hamburg-Altona.

17) **Wohrizek** (Prag). Schule für Skoliotische.

Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie. 18. Bd. 3. u. 4. H. S. 402.

Verf. plädiert dafür, eine Sonderschule für skoliotische Kinder einzurichten. Schulunterricht und Therapie lässt sich in der Normalschule nicht mit einander vereinigen. Gerade so gut wie geistig Minderwertige in besonderen Klassen und Schulen und je nach dem Grade ihrer Fähigkeiten unterrichtet werden, so müsse auch für die Volkskrankheit der Skoliose etwas geschehen, ohne dass deswegen die geistige Ausbildung der Kinder zu kurz komme. Verf. schlägt deshalb vor, die Zeit des Unterrichts für die Behandlung und Heilung der Skoliose auszunutzen und empfiehlt dafür im besondern den von ihm angegebenen Redressionsstuhl „Korrektor", in dem das Kind in extendierter und durch Schraubenpelotten korrigierter resp. überkorrigierter Stellung sitzt und doch dem Unterricht folgen kann. In besonderen Schulen oder Klassen wäre eine solche Behandlung ja auch nur durchführbar.

Ottendorff - Hamburg - Altona.

18) **Ewald** (Heidelberg). Ueber angeborene Kontrakturen der oberen Extremitäten beim Erwachsenen.

Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie. 18. Bd. 3. u. 4. H. S. 414.

Bei einem 22 jährigen Mädchen fanden sich hochgradige angeborene Kontrakturen, die bisher noch keinerlei Behandlung unterzogen worden waren. Beide Schultergelenke stehen in stärkster Innenrotation, Ellenbogengelenke gebeugt, rechte Hand extrem proniert, sodass der Daumen wieder nach aussen sieht, linke Hand steht auch proniert, kann aber aktiv unter schnappendem Geräusch supiniert werden, federt aber leicht wieder in Pronationsstellung zurück. Rechte Hand ist leicht volarflektiert, linke dorsalflektiert. Finger beider Hände sind in allen Gelenken mehr oder weniger gebeugt, können völlig geschlossen, aber nicht gestreckt werden. Trotz dieser ungünstigen Verhältnisse war das Mädchen in ihren Verrichtungen als Arbeiterin in einer Celluloidfabrik keineswegs behindert, schrieb


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 17:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sogar eine hervorragend schöne Handschrift mit der rechten stärker deformierten Hand. Die Stellung, die das Mädchen dabei einnahm, — Unterarm senkrecht zur Tischplatte, Hand proniert, kleiner Finger in die Tischkante eingehakt, sah allerdings der in der Schule gelehrten Schreibhaltung verzweifelt wenig ähnlich. Eine kosmetische Besserung, die von der Pat. gewünscht wurde, erschien unter diesen funktionell günstigen Umständen zu gewagt. **Ottendorff** - Hamburg - Altona.

19) **Werndorff** (Wien). Zur blutigen Behandlung der habituellen Schultergelenksverrenkung.

Zeitschrift für orthop. Chirurgie. 19. Bd. 1.—2. H. S. 224.

Wenn auch nach den Veröffentlichungen der letzten Zeit anzunehmen ist, dass der habituellen Schulterluxation im allgemeinen eine Verletzung des Kopfes oder der Pfanne zu Grunde liegt, so gibt es doch auch Fälle, wo die Kapselerschlaffung als das primäre anzusehen ist. Bei der am häufigsten vorkommenden Komplikation, dem Abriss der Sehnen am Tuberkulum majus, ist wohl immer eine Beschränkung der Auswärtsrollung sowie Crepitation im Gelenk nachweisbar. Doch tritt auch bei vorhandener Fraktur die sekundäre Erschlaffung der Gelenkkapsel am meisten in den Vordergrund. Die operative Beseitigung der Funktionsstörung, Schnitt im Sulcus deltoideopectoralis und Verkürzung der Gelenkkapsel durch Herüberziehen des medialen Kapselteils über den lateralen, war in dem von W. beschriebenen Falle von gutem Erfolg begleitet. Der Pat., bei dem ca. 24 mal im Jahre die Luxation eintrat, hatte nach 6 Wochen vollkommen normale Beweglichkeit und konnte nach 9 Monaten Fechten und athletische Uebungen betreiben, ohne dass die Luxation wieder eintrat.

Ottendorff - Hamburg - Altona.

20) E. **Streissler** (Graz). Das v. Hackersche Triangel zur ambulanten Behandlung der Oberarmbrüche.

Beitr. z. klin. Chir. Bd. 55, H. 3, p. 749.

Zwecks ambulanter Extensionsbehandlung der Oberarmbrüche hat v. Hacker aus Pappe ein Triangel konstruiert, das trotz seiner Einfachheit ausgezeichnete Dienste leistet.

Die Herstellung des Triangels ist sehr einfach: Aus starker Pappe wird eine lange gerade Schiene geschnitten, die so breit sein muss, wie der Querdurchmesser der betreffenden Extremität. Auf diesen Pappstreifen wird, von einem Ende beginnend, zuerst die approximative Länge der vertikalen Distanz von ca. 3 Querfinger breit unter dem Darmbeinkamm bis zur Achselkuppe aufgetragen (Thoraxteil


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

des Triangels), daneben die genaue Länge von der Höhe der Achselkuppe bis zur Ellenbogenbeuge (Oberarmteil der Schiene — Hypotenuse des Dreiecks) und schliesslich die Distanz von der Ellenbeuge bis zum Metacarpophalangealgelenk (Vorderarmteil der Schiene).

Diese Masse sind an der gesunden Extremität zu nehmen.

Zwischen Thorax- und Oberarmteil der Schiene wird senkrecht zu ihrer Längsachse eine Kerbe eingeschnitten, zwischen Ober- und Vorderarmteil jedoch nicht senkrecht, sondern in schiefer Richtung, ungefähr einen Winkel von 30° mit der Längsachse bildend, und zwar in verschiedener Weise, je nachdem die Schiene für den rechten oder linken Arm bestimmt ist. Aus dieser Schiene wird ein rechtwinkliges Dreieck gebaut.

An der hinteren Kante der Vorderarmschiene und der vorderen Kante der Thoraxschiene wird noch je eine Kerbe eingeschnitten und die Schienenkanten daselbst ineinander geklemmt. Die Eckkanten werden mit Heftpflaster beklebt.

Ist die Schiene fertig, so müssen noch die Achsel- und Ellenbogenbeuge sorgfältig wattiert werden, und man kann zur Anlegung der Schiene schreiten.

Nach der Reposition der Oberarmfraktur wird bei fortdauernder Extension das Triangel zwischen Thorax, Ober- und Unterarm eingezwängt und mit Flanellbinden daselbst befestigt.

Nach dem Verfasser sollen als Indikation zur Anlegung des v. Hackerschen Triangels angesehen werden:

1. die Fract. colli anat. humeri in Fällen der sog. Malgaigneschen Dislokationsform,

2. alle pertuberkulären Humerusfrakturen mit Abduktionsmechanismus,

3. alle subtuberkulären Frakturen mit Abduktionsmechanismus.

4. alle Diaphysenfrakturen, bei denen nach der Reposition die Lagerung in leichter Abduktion indiziert erscheint.

Kontraindiziert ist die Schiene:

1. Bei der Fract. colli anat. ohne Malgaignesche Dislokationsform.

2. bei allen Formen von Abduktionsfrakturen,

3. bei Schrägfrakturen des Humerus mit starker Dislokation der Fragmente,

4. bei sehr alten schwachen Leuten, da die notwendige Kompression des Thorax die Atmung stark behindert.

S. Cohn-Heidelberg.

Generated on 2019-06-08 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

21) **Mühsam.** Vorstellung von zwei wegen Radialislähmung operativ behandelten Patienten.

Berliner mediz. Gesellschaft. 23. Okt. 1907.

Deutsche med. Wochenschr. 1907. Nr. 45. p. 1881.

1. Epileptiker, im Anfall gestürzt, Fraktur des rechten Oberarms, Radialislähmung. Nachdem Heftpflaster-Extensionsverband zur Entlastung des Nerven angelegt, aber nichts genutzt hatte, Operation. (5 Tage später.) Der Radialis, blutig verfärbt, sass zwischen den Knochenfragmenten eingekeilt, wurde befreit, die Fragmente mit Drahtnaht vereinigt. Muskelzwischenlagerung zur Vermeidung einer Nervenkompression durch den Kallus, Verband. Vier Wochen später Zuckungen im Adduktor pollicis, jetzt fast keine Bewegungshinderung mehr.

2. Knabe, Radialislähmung infolge periostitischer Wucherung nach Osteomyelitis. Operation. Heilung. **Ewald** - Hamburg.

22) **Pels-Leusden** (Berlin). Ueber die Madelungsche Deformität der Hand.

Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 10. Pag. 372.

P. L. beobachtete 2 charakteristische Fälle von Madelungscher Handdeformität, die mehrere für die Entstehung der Krankheit bemerkenswerte Punkte boten. Die oberen Extremitäten, spez. die Vorderarme sind zu kurz. Auf den Röntgenbildern zeigten sich am distalen Radiusende Unregelmässigkeit in der Ossifikationszone, vorzeitige Verknöcherung auf der ulnaren, Knochenauswuchs auf der radialen Seite am Radius mit sekundärer Verschiebung des Karpus.

Abgesehen von dem geringen Längenwachstum deutete nichts auf Rhachitis, die P. L., wenn sie vorhanden, als zufällige Erkrankung auffasst. Die Verbiegung des Radius nach dem Dorsum und der radialen Seite stellt nicht die Ursache, sondern höchstens ein praedisponierendes Moment dar. Ebensowenig kann für das Zustandekommen der Deformität der Muskelzug verantwortlich gemacht werden. Die Ueberanstrengung kann nicht die alleinige Ursache der falschen Stellung sein. Ein Trauma ist auch von der Hand zu weisen.

P. L. gelangte zu der Ansicht, dass wir es bei der Madelungschen Handdeformität mit einer Unregelmässigkeit im Epiphysenknorpel in der zeitlichen und örtlichen Verknöcherung zu tun haben, welche vielleicht wie die Exostosis cartilaginea multiplex auf einer verkehrten Anlage des Intermediärknorpels beruht.



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In ähnlicher Weise führt Gangolphe die Deformität auf eine Hemmung in der Entwicklung des Epiphysenknorpels des Radius zurück. **Stoffel**-Heidelberg.

23) **Langemak** (Erfurt). Zur Thiosinaminbehandlung der Dupuytren'schen Fascienkontraktur.

Münch. med. Wochenschr. Nr. 28. Pag. 1380.

Die Nachteile der bisher geübten Methode sind die Schmerzhaftigkeit der Einspritzungen und die lange Dauer der Behandlung. Um beide Faktoren möglichst auszuschalten, schlägt L. folgende Modifikation vor, die sich ihm in 6 teils schweren Fällen als trefflich erwiesen hat: Nach der Injektion des Thiosinamin (2 ccm einer 10 % wässerigen Lösung), die zweckmässig im Aetherrausch vorgenommen wird, wird die Hand mehrere Tage hindurch auf eine Stunde in den Heissluftkasten gebracht und dann massiert. Darnach beginnen schonende passive Streckversuche, die die Narbenstränge dehnen und zerreissen. Ist vollständige Streckung erreicht, so wird die Hand mehrmals wöchentlich in heisser Luft gebadet und nachts mit einem Jute-Flies-Verband versehen. Die Finger werden fleissig passiv überstreckt. Bei leichteren Fällen gelingt die Sprengung der Narben oft in einer Sitzung, bei schweren Fällen, besonders bei solchen mit arthrogener Kontraktur, sind oft noch orthopädische Massnahmen nötig. Die 2. Injektion ist meistens weniger schmerzhaft und kann ohne Narkose vorgenommen werden. Eine 2. und 3. Injektion ist oft aus prophylaktischen Gründen zur Vermeidung eines Rezidivs indiziert. Man soll mit einer Flüssigkeit von 10 % beginnen, aber nie über 20 % hinausgehen, da Idiosynkrasien gegen Thiosinamin vorkommen. Die Injektionen sollen wegen der Gefahr der Hautnekrose nicht zu nahe unter der Haut vorgenommen werden. Bisweilen beobachtet man Sensibilitätsstörungen (Dehnung der Nerven beim Redressement), die aber nach einiger Zeit wieder verschwinden. Diabetiker vertragen die starke Spannung der Gewebe schlecht (Gefahr der Gangrän, Urin untersuchen).

Die Funktion der von L. behandelten Finger war in allen Fällen gut, in den meisten Fällen sogar normal. Bei den allerschwersten Fällen, die unbedingt chirurgisch behandelt werden müssen, erleichtert die vorhergegangene Thiosinaminbehandlung die Arbeit ganz bedeutend.

Die Verbindung des Thiosinamins mit Natr. salicylicum, das Fibrolysin, soll durch Schmerzlosigkeit an der Injektionsstelle und grössere Zuverlässigkeit ausgezeichnet sein. **Stoffel**-Heidelberg.


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

24) **Wilhelm Ebstein.** Knochengerüst eines missgestalteten Daumens.

Festschrift f. Rindfleisch.

Ebstein beschreibt einen Fall von missgestaltetem Daumen bei einem 43jährigen Mann. Aeusserlich erschien der Daumen unförmig, aber nicht verdoppelt. Die Röntgenphotographie ergab eine Verdoppelung des Knochengerüstes der Endphalange des rechten Daumens sowie eine Verdoppelung des distalen Teils der Grundphalange, während der proximale Teil keine Spaltung zeigte. — Die Gebrauchsfähigkeit war vollkommen erhalten. — Von familiärem Vorkommen der Missbildung konnte nichts festgestellt werden.

Ernst Schwalbe-Karlsruhe.

25) **Ritschl** (Freiburg). Ueber Fingerbeugekontraktur infolge von traumatischer Strecksehnenspaltung.

Münch. med. Wochenschr. Nr. 23. Pag. 1127.

Bei Personen, die an Gelenkrheumatismus oder Arthritis deformans leiden, beobachtet man bisweilen ein Herabgleiten der Fingerstrecksehnen nach der ulnaren Seite mit konsekutiver Flexionskontraktur. Das Herabgleiten wird durch die fehlerhafte Stellung der Grundphalanx, die gegen den Metacarpus ulnar abduziert steht, verursacht. Bei intaktem Skelett kommt sehr selten eine Verschiebung der Fingerstrecksehnen vor. R. konnte einen solchen Fall beobachten.

Bei einem 18jähr. Mädchen, das vor 4—5 Jahren beim angestrengten Rudern einen heftigen Schmerz im rechten kleinen Finger verspürte, entwickelte sich seit dieser Zeit allmählich eine Beugekontraktur des betr. Fingers. Liess man den passiv gestreckten Finger aktiv beugen, so sah man, dass die Strecksehne des kleinen Fingers auf der radialen Seite des Capitulum metacarpi V herabrutschte. Bei der Operation erwies sich die Strecksehne der Länge nach in der Ausdehnung von 3 cm in 2 Hälften gespalten. Durch diesen Schlitz steckte bei Beugebewegungen der Metacarpus V sein Köpfchen. Vier Seidenknopfnähte vereinigten die beiden Hälften. Guter Erfolg.

Das Zustandekommen der Verletzung hat man sich so zu denken, dass bei den forcierten Ruderbewegungen die stark gespannte Strecksehne von seiten des Mittelhandköpfchens stark gepresst wurde und plötzlich in 2 Teile barst. Bei weiteren Beugebewegungen vergrösserte das immer wieder in die Sehnenlücke gedrängte Köpfchen den ursprünglich wohl kleinen Schlitz. Hand in Hand damit ging natürlich die Verschlimmerung der Beugekontraktur.

Stoffel-Heidelberg.

Digitized by 

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

26) **R. F. Weir** (New York). Trigger Finger (Schnellender Finger).

Journal of the American Medical Association, 5. Okt. 1907.

Der bekannte amerikanische Chirurg beschreibt das Vorkommen eines schnellenden Fingers an seiner eigenen linken Hand; der Ringfinger war betroffen. Der Beschreibung des Zustandes und der Operation folgt eine ziemlich ausführliche Betrachtung der verschiedenen, in der Literatur sich findenden Theorien über das Wesen und die Entstehung dieses eigentümlichen Phänomens.

Die Operation, von Abbè (New York) vollzogen, zeigte, dass ein stecknadelkopfgrosses Knötchen, das mit der Sehnenscheide durch einen dünnen Stiel verbunden war, als Hauptursache des Schnellens nicht angesehen werden konnte; denn nach Entfernung des Knötchens bestand das Schnellen noch weiter. Da W. bei vollem Bewusstsein, konnte er dem Operateur durch willkürliche Bewegungen Hülfe leisten. Die Ursache des Schnellens wurde als Verdickung der Sehnenscheide festgestellt. Erst als letztere in der Höhe der ersten volaren Falte durchschnitten wurde, verschwand das Schnellen bei kräftiger Flexion.

Weir fügt eine kurze Uebersicht aller bisher operierten und in der Literatur befindlichen Fälle hinzu.

Schliesslich muss gesagt werden, dass das Resultat der Operation in seinem eigenen Falle völlständig befriedigend gewesen und geblieben ist.

Freiberg-Cincinnati.

27) **Galeazzi** (Mailand). Ueber die operative Behandlung der Coxa vara.

Zeitschr. für orthopäd. Chirurgie. 18. Bd. 3.—4. H. S. 487.

Nach seinen Beobachtungen an 8 Fällen von Coxa vara, die er nach der Methode von Codivilla operierte, kommt G. zu der Ansicht, dass die C.'sche Methode der meist geübten subtrochanteren Osteotomie bei weitem vorzuziehen sei. C. geht in der Weise vor, dass er die Osteotomie bogenförmig in der Linea intertrochanterica ausführt und dann das Bein an einem quer durch den Calcaneus durchgeschlagenen Nagel kräftig extendiert und eingipst. Später wird der Verband am Knie zirkulär durchtrennt, nochmals extendiert und der Gipsverband in der neugewonnenen Stellung wieder vervollständigt. Unter Umständen wird diese Prozedur nochmals wiederholt. G. spricht sich vor allem gegen die in letzter Zeit von Helbing gerühmte subtrochantere Osteotomie aus dem Grunde aus, weil damit das Leiden nicht an seinem Sitze angegriffen, sondern nur durch eine weitere Deformität



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kompensiert werde. Ein Herabbringen des Trochanters sei nach der Osteotomie unterhalb desselben nicht möglich, dagegen ergebe das Verfahren nach Codivilla ein ideales Resultat. Die beigefügten Röntgenbilder lassen erkennen, dass der Schenkelhalswinkel wieder ein normaler geworden ist. Verf. empfiehlt deshalb dringend die C.'sche Methode zur Nachprüfung. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

28) **David** (Berlin). Coxa valga.

Zeitschr. f. orthop. Chir. 19. Bd. 1.—2. H. S. 255.

Im Anschluss an einen Fall von angeborener Coxa valga, deren Entstehung Verf. durch intrauterinen Druck erklärt, bespricht D. die Aetiologie dieses Leidens. Neben der angeborenen Coxa valga, die D. mit anderen Autoren als Vorstufe der Lux. cox. cong. betrachtet, unterscheidet er die traumatische und die statische Form. Der traumatischen liegt im allgemeinen eine Schenkelhalsfraktur zu Grunde, die statische Form kann hervorgerufen werden durch Zug eines funktionsunfähig herabhängenden paralytischen Beines oder Amputationsstumpfes. Auch als Kompensationserscheinung bei statischen Veränderungen der unteren Extremität (Genu valgum, Genu varum, deform geheilte Frakturen etc.) kann Coxa valga auftreten. Diagnostisch wichtig ist die Aussenrotations- und Abduktionsstellung des Beines. Die Adduktion ist dabei stark behindert. Auch besteht besonders bei der angeborenen Form eine erhebliche Muskelschwäche, die eine bedeutende Gangstörung bedingt, ohne dass deswegen eine Atrophie vorhanden sein müsste. Verf. nimmt als Ursache dafür eine trophische Störung durch den abnormen Druck in utero an, da auch das Femur bei derartigen Patienten sehr gracil gebaut sei.

Ottendorff - Hamburg - Altona.

29) **Lorenz.** The simplest mechanical method of treating coxitis and its results.

The American Journal of Orthopedic Surgery. Oktober 1906.

Lorenz gibt in dieser kurzen, aber desto interessanteren Arbeit das Ergebnis seiner grossen Erfahrung in der Behandlung der tuberkulösen Hüftgelenksentzündung.

Die übliche Behandlung besteht in Fixation und Extension. Er rät, nur die erste anzuwenden, da durch Extension das für die meisten Fälle erstrebenswerte Ende der Erkrankung, eine feste knöcherne Ankylose verhindert bezw. verzögert wird. Beweglich ausgeheilte Gelenke bleiben meist schmerzhaft, neigen zu Rezidiven und funktionieren wegen der mit der Heilung einhergehenden Ver-



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

änderungen am Knochen und an der Kapsel sowie wegen der Atrophie der Muskeln doch mangelhaft, wenn man von ganz leichten und sehr seltenen Fällen absieht.

Er fixiert das Bein in einer Stellung, dass es zum Laufen benutzt werden kann, soweit der Patient nicht durch Schmerzen daran gehindert wird, und wartet, bis mit der Ausheilung eine feste Ankylose eingetreten ist. Dann wird durch eine subkutan ausgeführte, intratrochantere extrakapsuläre Osteotomie die Stellung korrigiert. Extension wird nur vorübergehend angewendet, wenn durch einen eitrigen Erguss in die Gelenkhöhle grosse Schmerzen hervorgerufen werden, bis dieser Erguss durch Punktion oder Inzision ohne Jodoformeinspritzung geheilt ist.

Rauenbusch-Heidelberg.

30) **Deutschländer** (Hamburg). Die Heinesche Operation der Kontinuitätsverkürzung zwecks Ausgleichung von Längendifferenzen der unteren Gliedmassen.

Zeitschr. für orthopäd. Chirurgie. 19. Bd. 1.—2. H. S. 47.

D. hat nach dem Vorgehen Heines die Ausgleichung von Verkürzungen dadurch bewirkt, dass er eine Kontinuitätsresektion am Femur des gesunden Beines ausführte nach Massgabe der auf der anderen Seite bestehenden Verkürzung. Da Verf. der Silberdrahtnaht nicht genügendes Vertrauen entgegenbringt, so fixiert er die beiden Fragmente durch eine unter dem Periost längsseit angeschraubte Aluminiumschiene. Von Wichtigkeit ist dabei der Gebrauch einer besonders konstruierten Knochenzange, welche die Fragmente und die Schiene so fest hält, dass die Verschraubung leicht erfolgen kann. Das eine Blatt der Zange ist schaufelförmig gestaltet, weshalb es die beiden Knochenenden breit fasst und zugleich die Weichteile schützt. Das andere Zangenblatt ist mit leicht gehöhltem Kopf ausgestattet. Der Schluss des Instrumentes erfolgt in der Art der geburtshülflichen Zange. In Folge dessen kann jedes Blatt für sich allein eingeschoben werden. Die solcher Art bewirkte Fixation der Knochen war gut, doch gelang in den bisherigen Fällen die reaktionslose Einheilung der Schiene trotz aseptischen Verlaufes nicht; sie musste wegen Fistelbildung nachträglich entfernt werden, was sich aber leicht bewerkstelligen liess.

Ottendorff-Hamburg-Altona.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

31) **Haecker** (Marburg) Klinischer und anatomischer Beitrag zur Kenntnis der doppelseitigen Quadrizepssehnenruptur hart am oberen Rande der Patella.

Deutsche Med. Wochenschrift. Nr. 45. S. 1860.

Die Ruptur der Sehnen war bei dem Pat. H's in der Weise zu Stande gekommen, dass das linke Knie bei einem Falle hinterrücks in extreme Beugestellung geriet. Als Pat. sich dann mit Unterstützung aufgerafft hatte und c. 100 Schritte gegangen war, fiel er, als sein Begleiter losliess, nochmals hin und zog sich eine Durchreissung der Quadrizepssehne auch am anderen Bein zu. Schon äusserlich war die Ruptur der Sehne deutlich zu sehen. Die Behandlung bestand in Naht der durchrissenen Quadrizepssehne. Heilung erfolgte p. p. i., doch starb Pat. 11 Tage post operationem, nachdem er schon ausserhalb des Bettes war, an einer Thrombose des l. Beines resp. Embolie der Lunge. Im Anschluss daran führt Verf. kurz die 19 bisher aus der Litteratur bekannten Fälle von doppelseitiger Zerreissung der Quadrizepssehne durch plötzliche aktive Kontraktion des Muskels an. Während bei der Mehrzahl der beschriebenen Fälle lokale Veränderungen im Streckapparat des Gelenkes (Knorpel- Knochenkörper im Muskel, chronische Arthritis und harnsaure Diathese sowie vor allem fettige Degeneration der Quadrizepssehne) nachzuweisen waren, fand sich bei den Pat. H's keinerlei anatomische Veränderung. Verf. nimmt deshalb an, dass für die Lokalisation der Zerreissung der im Moment der Muskelkontraktion bestehende Grad der Beugung im Kniegelenk in erster Linie bestimmend ist. **Ottendorf**-Hamburg-Altona.

32) **Werndorff** (Wien). Ueber die blutige Behandlung hochgradiger Kniegelenksverkrümmungen.

Zeitschr. für orthopäd. Chirurgie. 19. Bd. 1.—2. Heft. S. 208.

Bei knöchernen Ankylosen sowie bei fibrösen, die so fest sind, dass sie der knöchernen gleichkommen, ist ein blutiger Eingriff indiziert, ebenso bei Subluxation der Tibia, wobei eine intraartikuläre Streckung nur die pathologische Stellung verschlimmern könnte. Bei jeder Streckung einer Kniekontraktur ist zunächst die Tenotomie der Kniebeuger vorzunehmen, die nach Verf. nur subkutan vorgenommen werden soll, sowohl auf der medialen wie auf der lateralen Seite. Zur Korrektur der Deformität die Keilresektion zu machen, widerrät Verf., da die dadurch bedingte Verkürzung sowie die Möglichkeit eine bestehende tuberkulöse Erkrankung des Gelenks zu verschlimmern oder zu generalisieren, erhebliche Nachteile der Methode darstellen. Besser erscheint die Helferichsche


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bogenförmige Osteotomie, doch ist dabei die Gefahr eines Rezidivs der Kontraktur sehr gross, da die Ankylosierung in der Gelenklinie nur sehr langsam vor sich geht. Am meisten zu empfehlen ist nach den Erfahrungen des Verf. die Korrektur durch eine Osteotomie oberhalb und unterhalb des Kniegelenks. Sehr hochgradige Ankylosen verfallen der bogenförmigen Resektion nach Helferich, doch darf man bei der Entfernung der Knochenscheibe nicht zu sparsam sein, da sonst die erzwungene Streckung zu leicht zu Peroneuslähmungen und Zirkulationsstörungen führt.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

33) **Lehr** (Dresden). Ueber eine neue Methode zur unblutigen Beseitigung des Genu valgum im Kindesalter.

Zeitschr. f. orthop. Chirurgie, 18. Bd., 3. u. 4. H., S. 409.

L. berichtet über eine von Schanz bereits im Handbuch der orthop. Chirurgie kurze angegebene Methode. Die Technik ist folgende: In Narkose wird der mediale Teil des Tibiaknorrens auf der scharfen Kante eines Volkmann'schen Bänkchens eingedrückt. Der Operateur fasst dabei nur die Gelenkgegend und lässt sein Körpergewicht darauf einwirken. Jede Hebelwirkung wird dabei vermieden. Ist der Sitz der Deformität auch am Femur, so wird ebenso der Condylus medialis des Femur eingedrückt. Danach Gipsverband, der nach 14 Tagen gewechselt und nach weiteren 14 Tagen definitiv entfernt wird. Sind die Knochen noch weich, so gelingt das Verfahren leicht. Bei härteren Knochen und stärkerer Deformität schlägt Verf. vor, zunächst das Femur zu osteotomieren und nach 14tägiger Dauer des Gipsverbandes zur Vollkorrektur noch das Eindrücken des bis dahin erweichten Tibiakopfes vorzunehmen. Verf. rühmt dem oben geschilderten Verfahren Schnelligkeit und Einfachheit der Operation sowie rasche Konsolidierung (4 Wochen) nach. Photographien und Röntgenbilder des beschriebenen Falles lassen das Verfahren als recht empfehlenswert erscheinen. Besonders auffallend ist, wie rasch der eingedrückte Tibiakopf wieder zur Norm zurückkehrt. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

34) **Zuelzer** (Potsdam). Ein einfacher X Bein-Korrektionsapparat für Kinder.

Zeitschrift für orthop. Chirurgie. 19. Bd. 1.—2. H. S. 276.

Um bei der Korrektur des Genu valgum die durch Fixation im Gipsverband oder durch Apparate aus Leder, Celluloid etc. verursachte Atrophie der Muskulatur zu vermeiden, hat Verf. einen Apparat ersonnen, der die Korrektur der Deformität allmählich herbeiführen soll.



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der Apparat besteht aus einem Brett, das in der Mitte einen Klotz trägt, von dem aus nach den Seiten zu zwei flügelförmige Fortsätze aus Stahlblech über die Knie, die zu beiden Seiten an den Klotz anliegen, hinweggreifen. In dieser Vorrichtung werden die Knie des in Rückenlage befindlichen Kindes eingespannt und die Malleolen durch ein Gummiband einander genähert. Der Apparat soll morgens und abends je 2 Stunden angelegt werden. Nach Angaben des Verf. sind die Erfolge sehr günstig. **Ottendorff** - Hamburg - Altona.

35) **Evler** (Treptow). Ein im Kniegelenk beweglicher Genu-valgum-Apparat aus Chromlederstreifen und Schienen mit federnder Extension an der Aussenseite.

Zeitschrift für orthop. Cirurgie. 19 Bd. 1.—2. H. S. 283.

Zur Korrektur des kindlichen Genu valgum benutzt Verf. einen Apparat, der in folgender Weise konstruiert ist. An je zwei Chromlederstreifen, die Ober- und Unterschenkel zirkulär umgreifen, werden beiderseits im Kniegelenk artikulierende Schienen befestigt. In soweit gleicht die Vorrichtung dem gebräuchlichen Schienenapparat. Abweichend ist, dass an den Stäben des Aussenscharniers Federn angebracht sind, die bestrebt sind, den Aussenwinkel des Kniegelenks zu strecken.

Ottendorff - Hamburg - Altona.

36) **Codivilla.** On the cure of the congenital pseudoarthrosis of the tibia by means of periosteal transplantation.

The American journal of orthopedic Surgery Oktober 06.

Codivilla geht im ersten Teil seiner Arbeit auf die Schwierigkeiten ein, die sich einer operativen Heilung der angeborenen Pseudarthrosen des Unterschenkels entgegenstellen. Der Grund ist in dem Umstand zu suchen, dass das Periost seine Fähigkeit, Knochen zu bilden, eingebüsst hat. Auf Grund dieser Anschauung hat C. die beiden pseudarthrotisch verbundenen Knochenenden in einer Ausdehnung von 3—4 cm von dem zu derbem Bindegewebe entarteten Periost befreit und sie mit einer Periostmanchette umgeben, die von der Innenseite der gesunden Tibia stammte und so gewonnen war, dass nach Umschneidung der Umrisse mit dem Skalpell das Periost und eine ganz dünne Schicht der Compacta mit einem feinen Meissel herausgeschnitten wurde. Auf diese Art erhält man ein an Osteoblasten sehr reiches Stück Periost zur Transplantation. (Der Unterschied von der Mangoldschen Plastik besteht also nur darin, dass die Knochenschicht, die mit trans-



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

plantiert wird, hier möglichst dünn genommen wird.) Zwei Nähte befestigen die Manchette. Die Fixation muss sehr lange, bis fünf Monate, durchgeführt werden. Auf diese Weise hat C. bei einem 17 jährigen Mädchen einen vollen Erfolg erzielt.

Rauenbusch-Heidelberg.

37) **A. Nast-Kolb.** Kavernöses Muskelangiom des Unterschenkels.

Beitr. z. kl. Chir. Bd. 55 p. 543.

Verf. berichtet über einen wegen Ausdehnung der Veränderungen sehr interessanten Fall eines kavernösen Muskelangioms des Unterschenkels.

Der Tumor verursachte heftige Schmerzen, vergrösserte sich allmählich und verbreitete sich schliesslich so stark, dass fast alle Muskeln des Unterschenkels in ihm aufgegangen waren und eine Amputation des Unterschenkels nötig wurde.

Es ist der zweite bekannte Fall, wo ein Angiom zu einer Amputation führte.

S. Cohn-Heidelberg.

38) **Lovett.** Intermittent Limping.

The American Journal of Orthopedic Surgery. Oktober 1906.

Lovett gibt als Einleitung einen kurzen Ueberblick über die Entwickelung des Krankheitsbegriffes „intermittierendes Hinken“, welches 1839 zuerst beim Pferde beschrieben, 1858 von Charcot beim Menschen gefunden wurde. Es stellt keine einheitliche Krankheit, sondern nur ein allerdings auffallendes Symptom dar. Dies besteht darin, dass nach kurzem Gehen Schmerzen in der Wade auftreten, die zum Hinken zwingen und beim Ausruhen verschwinden, um bald wiederzukehren, wenn der Patient weitergeht. Im Sitzen und Liegen fehlen sie im Beginn des Leidens. Die Ursache ist eine arterielle Zirkulationsstörung und zeigt sich in erheblicher Abschwächung oder Fehlen des Pulses der arteria dorsalis pedis oder tibialis postica bezw. in beiden. Das Leiden kann mit Gangrän des betreffenden Fusses enden. Leichtere Grade der gestörten Zirkulation verraten sich durch Kälte und Blässe des Fusses. Anästhesie scheint selten, Parästhesien häufig zu sein. In seinen drei Fällen, die ausführlich beschrieben werden, fand Lovett ausserdem Plattfuss und eine leichte Verhärtung der Wade. Prädisponiert sind Juden.

Aetiologisch kommen in Frage: Mechanische Hindernisse, Tabakmissbrauch, Kälteeinwirkung, neuropathische Veranlagung, Syphilis, Alkohol und Diabetes. Lovett selbst hält auch den Platt-



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fuss für einen wichtigen ätiologischen Faktor, da ja hier Zirkulationsstörungen allbekannte Begleiterscheinungen sind.

Meist findet man Verschluss der Arterien, wenn auch ein Fall beschrieben ist, wo die Gefässe völlig frei, dagegen die peripheren Nerven erkrankt waren. Eine Aehnlichkeit mit der Raynaudschen Krankheit liegt auch so auf der Hand.

Es folgt dann die Beschreibung von drei selbst beobachteten Fällen. In einem Fall war die Affektion doppelseitig, der eine Unterschenkel wurde gangränös trotz aller therapeutischen Versuche, kam zur Amputation und zeigte diffusse oblitterierende Endarteriitis. Kurze Zeit nach der Operation begannen dieselben Beschwerden im andern Bein. Verbot des Laufens, vegetarische Diät, Freiluftkur, und als Medikament: Sodium Chloride 10,0; Sodium Sulfate 1,0; Calcium Phosphate 0,75; Magnesium Phosphate 0,75; Sodium Carbonate 0,40; Sodium Phosphate 0,30. Hieraus 13 Pulver, täglich zweimal 1 Pulver in Wasser vor Frühstück und Hauptmahlzeit. Ausgang in Heilung. Der zweite Fall betraf einen Mann von 60 Jahren und grossem Körpergewicht ohne arterielle Erkrankung, durch diätetische Behandlung geheilt, der dritte eine junge Dame mit Plattfuss und venösen Zirkulationsstörungen.

Lovett schliesst mit der Aufforderung, stärkeren Zirkulationsstörungen beim Plattfuss die nötige Aufmerksamkeit zu widmen.

Rauenbusch-Heidelberg.

39) **P. Haglund** (Stockholm). Ueber Fraktur des Epiphysenkerns des Calcaneus, nebst allgemeinen Bemerkungen über einige ähnliche juvenile Knochenkernverletzungen.

Arch. f. klin. Chirurg. Bd. 82. Heft 3. pag. 922.

Mit den juvenilen Verletzungen des Tuberculum ossis navicularis pedis und der Tuberositas tibiae sind gewisse Fersenbeinverletzungen in Parallele zu setzen, die sich an der Haftstelle der Achillessehne am jugendlichen Calcaneus abspielen. H. beobachtete 2 solche Fälle.

Ein Junge, der kein eigentliches Trauma erlitten hatte, klagte seit mehreren Monaten über Schmerzen an beiden Fersen beim Gehen. Bei der Untersuchung ergab sich eine unbedeutende Auftreibung nebst Empfindlichkeit an der Haftstelle der Achillessehne. Das Röntgenbild zeigte an beiden Fersenbeinen einen Querbruch des Knochenkerns, unscharfe Begrenzung der Knorpelfuge und Unregelmässigkeit in der Struktur der sie begrenzenden Knochenschichten.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der zweite Fall ähnelt dem ersten sehr. An beiden Fersenbeinen war ebenfalls eine Querfraktur des Epiphysenkerns zu sehen, der Knochen zeigte ganz bedeutende Störungen in seinem Wachstum.

Für die Verletzungen des schnabelförmigen Fortsatzes der oberen Tibiaepiphyse und des in der Entwicklung begriffenen Naviculare pedis sowie für die eben beschriebenen Verletzungen des Epiphysenkerns des Calcaneus kann man in der Anamnese zwar kein bestimmtes Trauma finden, wohl aber werden fast immer grössere Anstrengungen, die den Kniestreckapparat, die Bänder und Muskeln des Fussgewölbes und die Wadenmuskulatur sehr stark in Anspruch nehmen (Sportübungen etc.) zugegeben. Für die Verletzungen an der Haftstelle der Achillessehne wird forciertes Springen die hauptsächlichste Ursache abgeben. Dass die eintretende Verletzung momentan keine heftigen Beschwerden verursacht, erklärt H. damit, dass die Fraktur des Knochenkerns wahrscheinlich intrachondral eintritt, ohne dass das Perichondrium resp. Periost in höherem Grade verletzt werden. Es kommt zu einer Art Epiphysenablösung, der Knorpel biegt sich, und der Knochen bricht. Dafür sprechen die starken Wachstumsstörungen des Knochens. Da jede Kontraktion der Wadenmuskulatur Zerrungen und Verschiebungen des geschädigten Epiphysenkerns setzt, so kommt es zu langdauernden Beschwerden und protrahierter Heilung. Der Epiphysenkern des Calcaneus besteht vom 10. bis zum 16. L. J. In diesem Zeitraum werden die typischen Verletzungen beobachtet. Meistens sind die Beschwerden bilateral, unilateral betreffen sie hauptsächlich das rechte Bein.

Bei der Therapie muss man die ständige Reizung der Sehnenansatzstelle auszuschalten suchen. Man erreicht dies durch vollständige Bettruhe mit passender Fixation oder durch Immobilisation in Gipsverbänden. Bei geringeren Beschwerden kann man hohe Absätze tragen lassen oder man schützt die geschädigte Stelle durch Heftpflasterstreifen. Bei den Verletzungen des Os naviculare pedis kann man durch Plattfusseinlagen den Reiz, den das Gehen setzt, vermindern und dem Entstehen eines Plattfusses vorbeugen.

Stoffel - Heidelberg.

40) **Bommes** (Düsseldorf). Die Luxationen im Lisfrancschen Gelenk.

Deutsche med. Wochenschr. Nr. 44. S. 1829.

Verf. berichtet über einen Fall der sehr seltenen Luxation des Vorderteils des Fusses in lateraler Richtung, verbunden mit einer



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fraktur der Basis des Metatarsus III. Entstanden war die Verletzung durch Auffallen eines schweren Gegenstandes auf die mediale Seite des Vorderfusses, während derselbe von der Unterlage abgehoben war und der hintere Teil sich noch auf der Unterlage befand. Auch die Luxationen in anderer Richtung sind recht selten, relativ am häufigsten ist noch die dorsale Luxation. In dem beschriebenen Falle liess sich die Reposition wegen interkurrenten Deliriums nicht aufrecht erhalten, doch war durch entsprechende orthopädische Behandlung Besserung zu erzielen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

41) **Calot** (Berck-sur-Mer). Le traitement du pied-bot congénital.

Journal des Praticiens 1907. No. 23. Pag. 353.

Bei Kindern gut situierter Eltern beginnt die Behandlung schon in den ersten Lebenstagen mit täglichem Redressement und Wickeln auf eine einfache Stahlsohle mit hebelnder Innenschiene.

Bei Armen dagegen verschiebt C. die Aufnahme der Behandlung bis zum 6. oder 7. Monat. Er verwendet das modellierende Redressement, beseitigt nacheinander die Adduktion des ganzen Fusses, die Einrollung des Vorderfusses, die Supination, die Equinusstellung des Vorderfusses und der Ferse, letztere fast immer mit Hülfe der subkutanen Tenotomie. Von grösster Wichtigkeit ist eine reichliche Ueberkorrektur des Füsses, worauf in solcher Stellung ein Gipsverband angelegt wird. Unter mehrfachem Verbandwechsel vergehen bei Armen ca. 8 Monate, erst dann wird der Fuss freigegeben. Wohlhabende können schon nach 2—3 Monaten den Verband weglassen. Immerhin ist es nötig, noch einige Monate den Fuss in eine Zelluloidhülse zu fixieren, zu massieren etc. Doch schützt diese Nachbehandlung nur dann vor dem Rezidiv, wenn eben von Anfang an eine starke Ueberkorrektur erzielt worden war.

Auch bei Erwachsenen leistet das unblutige Verfahren das Beste. **Vulpius** - Heidelberg.

42) **F. Dieffenbach,** (Graz). Behandlung des Pes equinovarus mit keilförmiger Excision aus dem Tarsus.

Beitr. z. klin. Chirurgie. Bd. 55. H. 3. p. 759.

Da durch das Lorenzsche Redressement ein zufriedenstellendes Resultat nicht in allen Fällen von pes varus erreicht werden kann, so müssen die blutigen Operationen für die allerschwersten Formen als gerechtfertigt angesehen werden.

Verf. berichtet über die in der v. Hackerschen Klinik geübte Methode der keilförmigen Tarsektomie und hebt besonders hervor, dass


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

durch dieselbe die Gefahr einer Exzision eines zu grossen Keiles ausgeschlossen wird.

Es wird aus einem Gelatineabguss des zu korrigierenden Fusses ein Keil exzidiert. Durch eventuelle Abtragung weiterer dünner Blätter wird die Möglichkeit gegeben den Fuss in eine überkorrigierte Stellung zu bringen. Die exzidierten Stücke der Gelatine ergeben aneinandergelegt genau die Form und Grösse des zu exzidierenden Knochenkeiles. Derselbe wird ohne Rücksicht auf bestimmte Knochen oder Teile ausgemeisselt, und es wird als massgebend nur die genaue Uebereinstimmung mit dem aus dem Modell exzidierten Stück betrachtet.

Der auf diese Weise resezierte Keil gestattet immer eine vollständige Korrektur des Fusses. Der Fuss wird in korrigierter Stellung durch Periost- und Fasziennähte fixiert.

Durchschnittliche Heilungsdauer bei den durch Keilexzision operierten Klumpfüssen beträgt 3—4 Monate.

S. Cohn-Heidelberg.

43) **J. E. Tuckerman** (Cleveland). Flat Foot; A mechanical problem solved by an ideal plate etc.

American Medicine, Oktober 1907.

Verf. beschreibt kurz die Anatomie und Mechanik der zwei Fussgewölbe, wobei sich nichts Neues herausstellt. Hauptsächlich aber beschäftigt er sich mit Erwägungen über die Plattfusseinlage und die ihrer Herstellung zu Grunde liegenden Prinzipien. Letztere weichen von den in Amerika meistens acceptierten insofern ab, als hier gewöhnlich der Gipsabguss als Modell benutzt wird. Diese Methode wird vom Verfasser verworfen, und er empfiehlt anstatt dessen die Verfertigung der Einlagen nach Schablonen, die einer Kontourzeichnung des Fussrandes aufgezeichnet werden. Der Patient sitzt dabei, die Füsse sind deshalb unter leichtester Belastung. Als Material für die Einlagen wird das Neusilber benutzt (18% Nickel), dessen Zweckmässigkeit vom Verf. sehr gerühmt wird. Das Neusilberblech wird von dem Handwerker in Abwesenheit des Patienten getrieben und später angepasst. Nach 1—2 tägiger Benutzung werden etwaige Aenderungen gemacht; die auf der Oberfläche der Einlage befindlichen Druckspuren dienen als Anhaltspunkte hierfür.

Das ganze Verfahren wird von T. als die Erfindung eines gewissen Trbsky (Instrumentenmacher?) angegeben. Dazu ist zu bemerken, dass das Verfahren vom Ref. als im Wesentlichen eine unvorteilhafte Modifikation einer von ihm angegebenen Methode angesehen wird. Bei letzterer wird eine Schablone aus Bleiblech auf-



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

getrieben, der genauen Form der späteren Einlage entsprechend. Nachdem diese Bleischablone dem Fusse genau angepasst, macht man davon einen Gipsabguss, der zur weiteren Herstellung der fertigen Einlage dient. Dadurch vermeidet man meistens die Notwendigkeit der Nachänderungen.

Der Gebrauch des Fussabdruckes, resp. der Projektionslinie des Fusses zur Herstellung der Schablonen stammt nach Wissen des Ref. von Schanz. (Zeitschr. f. Orth. Chir. Bd. VI, XVIII.)

Freiberg - Cincinnati.

44) **Osgood.** The treatment of faulty Weight-bearing in „weak" and „flat" feet.

The American Journal of orthopedic Surgery. Oktober 1906.

Osgood beginnt mit der Feststellung, dass über den Plattfuss schon übermässig viel geschrieben worden ist, und dass jeder ihn anders behandelt, der eine nie, der andere stets eine Einlage verordnet. Wer nach dieser Einleitung etwas für den Fachmann Neues erwartet, wird enttäuscht. Bekanntes wird zusammengestellt und auch therapeutisch nichts Neues gebracht.

Rauenbusch-Heidelberg.

45) **Schultze** (Duisburg). Zur Behandlung der schweren Plattfussformen jenseits der Wachstumsgrenze.

Zeitschr. f. orthop. Chir. 19. Bd. 1.—2. H. S. 228.

Verf. empfiehlt auch für die schweren Fälle jenseits der Wachstumsgrenze das unblutige Redressement nach vorausgeschickter Tenotomie der Achillessehne. Diese Durchschneidung der Sehne hält Verf. für unbedingt nötig, um dem Calcaneus seine Normalstellung wieder zu geben. Ebenso nötig ist aber auch die Ausmodellierung des Fussgewölbes. Danach folgt Gipsverband in Varusstellung, der nach 14 Tagen gewechselt wird. Gesamtdauer des Verbandes 6—8 Wochen. Im zweiten Verband kann Pat. herumgehen. Zur Nachbehandlung verwendet Verf. möglichst keine Einlagen, sondern nur Schuhe mit schiefer Sohle, Verstärkung des Gelenks und exakter Ausarbeitung des Fussgewölbes. Ausserdem sollen die Schuhe Gummiabsätze haben (System Nölle). Von dieser Art Schuhe lässt Verf. auf ein Mal 6 Paar für jeden Pat. anfertigen, um die Garantie für richtige Fussbekleidung zu haben. Der Pat. kann mit den Schuhen dann immer abwechseln und die Form der nicht in Gebrauch befindlichen durch Leisten konservieren.

Ottendorff - Hamburg - Altona.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

46) **Rath** (Köln). Ein Beitrag zur operativen Behandlung des Hallux valgus.

Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie. 18. Bd. 3. u. 4. H. S. 421.

R. bespricht zunächst kurz die Therapie spez. die operative Beseitigung des Hallux valgus und macht auch auf deren Nachteile aufmerksam. Das in der orthopäd. Abteil. des Kölner Bürgerhospitals übliche Verfahren gestaltet sich folgendermassen. Von einem ca 10 cm langen Schnitt auf dem Dorsum der Grosszehe aus wird die Sehne des Extensor und des Flexor hallucis möglichst peripher lospräpariert und abgetrennt, die Kapsel des Metacarpophalangealgelenks und die Sesambeine sowie der mediale Schleimbeutel exzidiert. Dann wird die darunter sitzende Exostose abgemeisselt und das Köpfchen des Metatarsus und die Gelenkfläche der I. Phalanx entsprechend ihrer neuen Stellung modelliert. Beide Sehnen, sowohl die des Extensor wie die des Flexor werden möglichst medial an der ersten Phalanx festgenäht. Zunächst Schienenverband für 4—6 Tage, dann Gipsverband auf 4—5 Wochen, in dem der Pat. herumgehen kann. Wichtig ist noch die Nachbehandlung mit Massage und passiven und aktiven Bewegungen. Bei 7 Patienten wurde 10 mal die Operation mit gutem Erfolg vorgenommen. In einem Falle trat eine Infektion ein, anscheinend von einer vorhandenen Entzündung des medialen Schleimbeutels ausgehend. Verf. warnt deshalb davor die Operation vorzunehmen, solange noch eine Entzündung des Schleimbeutels vorliegt.

Ottendorff - Hamburg - Altona.

Kongressberichte, Vereinsnachrichten etc.

Bericht über den II. internationalen Kongress für Physikotherapie in Rom am 13. bis 16. Oktober 1907.

Am 13.—16. Oktober 1907 fand in Rom der II. internationale Kongress für die physikalischen Heilmethoden statt. Die umsichtige Organisation von Prof. Colombo und Prof. Boucherat hatte eine stattliche Zahl von Aerzten aller Länder, zumeist allerdings Franzosen und Italiener, versammelt. Am 13. Oktober fand auf dem Capitol die feierliche Eröffnung des Kongresses durch den königlichen Kommissar, durch den Minister Rava und Prof. Guido Baccelli statt. Die Begrüssungsrede im Namen der deutschen Delegierten


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hielt Prof. Lassar-Berlin in italienischer Sprache. Nachmittags erfolgte die Eröffnung der übrigens nur sehr schwach beschickten Ausstellung, woran sich die 1. Plenarsitzung anschloss. An den folgenden Tagen fanden vormittags 9 Uhr Sektionssitzungen, nachmittags 3 Uhr Plenarsitzungen statt. Alle Sitzungen waren gut besucht und es fanden anregende Diskussionen bis zum Schluss statt.

Eine Reihe festlicher Veranstaltungen schloss sich dem wissenschaftlichen Teile des Kongresses an. Am 14. Oktober fand ein Empfang der Delegierten bei den Ministern Tittoni und Rava statt, am 15. Oktober war eine Versammlung der Kongressmitglieder im festlich erleuchteten Kapitolinischen Museum veranstaltet, am 16. Oktober fand eine bengalische Beleuchtung des Kolosseums statt. Ein gemeinsamer Ausflug nach Tivoli beschloss am 17. Oktober den würdig verlaufenen Kongress.

In den Sektionssitzungen wurden folgende Gebiete der physikalischen Medizin behandelt: 1) Elektrotherapie (inkl. Röntgen- und Radiotherapie), 2) Hydrotherapie, 3) Kinesiotherapie.

Um das Stoffgebiet dieser Zeitschrift nicht zu überschreiten, werde ich in Folgendem nur über die Vorträge, die dieses Gebiet betreffen, oder mit ihm in Zusammenhang stehen, berichten.

Brieger (Berlin) weist u. a. in seinem lehrreichen Referat: „Die physikalische Therapie und die Hydrologie sind berechtigt zu den obligatorischen Lehrgegenständen gerechnet zu werden und müssten Gegenstand des Staatsexamens sein" darauf hin, dass die rein mechanische Behandlungsmethode der Massage und Gymnastik unentbehrlich für die Behandlung gewisser Affektionen geworden ist. Bei der Therapie von Gelenk- und Muskelerkrankungen spielen diese Heilmethoden eine wichtige Rolle und bei gewissen Lungenerkrankungen, Herzaffektionen u. s. w. sind dieselben schätzbare Unterstützungsmittel, um den krankhaften Prozess einzudämmen.

Stapfer (Paris) spricht über „Gymnastik und Massage in der Gynaekologie." Vortragender hat auf eine 16jährige Erfahrung in dieser Behandlungsmethode zurückzublicken. Besonderen Wert legt S. auf den lokalen Effekt seiner Behandlung. Durch die Gymnastik glaubt er die lokale Blutzirkulation regulieren zu können, indem er die Uebungen wie ein Medikament genau dosiert. S. behandelte ein junges Mädchen mit Dysmenorrhoe und Oligomenorrhoe mit üblicher Massage und Gymnastik, ohne in 3 Wochen irgend-



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

welchen Erfolg zu erzielen. Er ging jetzt zur dosierten Behandlung während der letzten 14 Tage vor der Menstruation über und liess die passive Zirkumduktion des Oberschenkels üben. Die Uebung wurde einmal alle 48 Stunden ausgeführt und zwar 8—10 Zirkumduktionen jedes Mal. Ein zweiter Fall betraf eine Gravida mit mangelhafter Insertion der Placenta und starken Blutungen. In der Annahme, dass Kongestionen Ursache der Blutungen waren, wandte S. die aktive Abduktion des Oberschenkels täglich an. Gleichzeitig übte er eine leichte Massage (30—40 Sekunden) des infiltrierten Uterus. Vortragender fordert zur Nachprüfung seiner Resultate auf.

Amson (Wiesbaden) legt seine Erfahrungen in der „Massage des Abdomens und abdominale Uebungen“ nieder. Die Massage des Abdomens ist Sache des technisch, anatomisch, physiologisch und pathologisch geschulten Arztes und darf Laien nicht überlassen werden. Die Massage und Gymnastik des Magens ist nüchtern oder frühestens 3—4 Stunden nach der Mahlzeit vorzunehmen. Dieselben dürfen während der Sitzung nicht schmerzhaft sein. Bei der mechanischen Behandlung des Abdomens kommt der Massage die erste Stelle zu, da sich ihre Wirkung besser lokalisieren lässt als die der Gymnastik. Die lokalen Wirkungen der Bauchmassage bestehen in Kräftigung der Bauchmuskulatur, Steigerung der Resorptionsfähigkeit des Peritoneum und der Sekretion der abdominalen drüsigen Organe, Anregung der motorischen Tätigkeit des Magens und Darms, fernerhin Lösung vorhandener Adhaerenzen. Mehr allgemeine Wirkungen sind: Besserung des Allgemeinbefindens und Appetits, Besserung und Regulierung der Blutzirkulation und des Stoffwechsels, Anregung der Diurese. Indikationen für die Bauchmassage (und Gymnastik) sind demnach: Bauchmuskelschwäche, Ascites und peritonitische Verwachsungen, Störungen in der motorischen und sekretorischen Funktion des Magens und seine Lageveränderungen. Von Seiten des Darmes kommen in Betracht Obstipation; ganz frische Invagination oder Inkarzeration von Hernien, Haemorrhoiden. Von Seiten der Niere: Stauung und Wanderniere, chronische Nephritis, ferner Stauungszustände der Leber. Zum Schluss chronische Cystitis und Parese der Blase und chronische Entzündungen der Prostata.

Kontraindikationen für Massage und Gymnastik des Abdomens sind alle akuten und subakuten Entzündungszustände im Leib, schwere Allgemeinerkrankungen, Neubildungen, erste und letzte



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zeit der Gravidität. Vortragender betont, dass selbst unter weitester Berücksichtigung der Kontraindikationen und bei kritischer Beurteilung ihrer Leistungsfähigkeit die Bauchmassage — in Verbindung mit entsprechender Gymnastik — die wichtigste Massnahme der modernen Kinesiotherapie darstellt.

Eduard Weiss (Bad Pistyan) bespricht die mechanischen Faktoren in der Pathologie und Therapie der Gicht und kommt zu folgenden Schlusssätzen:

1. In der Behandlungsweise der Gicht werden die mechanischen Faktoren mit Unrecht zurückgesetzt. Es ist vielmehr nötig, dass die Gichtiker auch hinsichtlich Bewegung und Ruhe den jeweiligen Zuständen angemessen präzise Vorschriften erhalten.

2. Die Zeit zu Beginn des Anfalles, während des Anfalles und unmittelbar nach dem Anfalle fordert Ruhe. Bewegung, Massage und Heilgymnastik wirken in dieser kritischen Zeit entschieden schädlich.

3. In den anfallsfreien Zeiten ist reichliche, mit entsprechenden Pausen abwechselnde Bewegung das beste Mittel, um lokale Ansiedlungen von Harnsäure zu verhindern. In diesem Sinne ist auch Heilgymnastik und Massage ein ideales Mittel zur Verhütung gichtischer Attacken.

Serena (Rom) zeigt ein Röntgenbild einer kindlichen Humerusfraktur im unteren Drittel, die er durch Massage geheilt hat. Durch subkutan-wirkende Massage hat S. vom Unterarm aus eine Periostbrücke geschaffen und hierdurch die stark dislozierten Bruchstücke vereinigt. Völlige Gebrauchsfähigkeit des Armes wurde hierdurch erzielt.

Hasebroek (Hamburg) erledigt sein Referat über die Bedeutung der Kinesotherapie für die Erkrankungen der Ernährung und der Zirkulation.

Die aktive Bewegung ist Muskelarbeit, deren Energiequellen der stickstofffreien Körpersubstanz entstammen. Die aktive Bewegung bedeutet Anregung und Uebung der dissimilierenden Zelltätigkeit des Körpers unter grösserer Lebhaftigkeit der Oxydation und intensiverer Produktion von Eigenwärme, wodurch vielleicht der dynamische Einfluss der Nahrung erhöht wird. Mit der Steigerung der Dissimilation findet häufig ausgleichende Anregung zu gesteigerter Assimilation und Ansatz von Körpersubstanz statt. Die Zunahme an Körpergewicht beobachten wir unter zweckdienlicher Gymnastik täglich. Die aktive Bewegung erhöht lokal die Ernährung des be-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wegenden Muskels; zum Ausdruck gelangt diese Erhöhung im wesentlichen in Zunahme der Ausdauer. Zunahme an Masse — sogenannte Arbeitshypertrophie — ist viel weniger vorhanden, als man bisher immer anzunehmen pflegt. Eine Arbeitshypertrophie existiert nach H. jedenfalls nur innerhalb geringer Grenzen, und bei älteren Personen gibt es sie überhaupt nicht mehr. Deshalb glaubt H. auch nicht mehr an die künstliche Erzielung einer sogenannten kompensatorischen Herzhypertrophie durch Gymnastik bei Herzkranken. Eine bessere Ernährung des Herzmuskels an sich ist zuzugeben. Die aktive Bewegung erhöht ferner die Ernährung der glatten Muskulatur der Gefässe, weil diese nach H.'s Ansicht im Zirkulationssystem die grösste Selbständigkeit besitzen. Aktive und passive Bewegungen regulieren die Gesamternährung in den Jahren des Wachstums und in der Rekonvalenszenz. Von der Adipositas ist diejenige Form therapeutisch beeinflussbar, welche durch Missverhältnis zwischen Zufuhr und Verbrauch der stickstofffreien Substanz entsteht. Vom Diabetes ist diejenige Form sicher günstig zu beeinflussen, welche bei Kohlehydrat-Zufuhr in der Nahrung auftritt. Hier gelingt es nach übereinstimmenden physiologischen und klinischen Versuchen stets die Zuckerausscheidung herabzusetzen und die Toleranz zu erhöhen. Auch nachhaltige Wirkung ist hier nach v. Mering konstatiert. Ueber den therapeutischen Einfluss der Kinesiotherapie auf den gichtischen Stoffwechsel wissen wir nichts sicheres: praktisch sieht man entschieden Podagra-Anfälle seltener auftreten.

H. stellt zur Beurteilung der Wirkung der Gymnastik auf die Zirkulation die Peripherie in den Vordergrund. Angepasste aktive Bewegung regt nur den selbständigen Vasomotorenbetrieb an, erst forziertere nimmt das Herz mit in Anspruch. Der Effekt ist Erhöhung der peripherischen Blutstromgeschwindigkeit und zwar bei angepasster aktiver Arbeit ohne, bei forzierter mit Beteiligung des Herzens. Die Wirkung der passiven Bewegung ist vorwiegend mechanisch, den Blutabfluss aus der Peripherie befördernd. Die gymnastische Therapie ist eine funktionelle Therapie und wirkt:

1. zur Besserung und Heilung primär peripherischer Störungen ohne oder mit bereits sekundär geschädigtem Herzen. (Störungen durch Luxuskonsumption von Nahrungs- und Genussmitteln, Adipositas, Gicht, akuter und chronischer Körperüberanstrengung, Arteriosklerose);

2. zur Unterstützung einer von der Natur angebahnten peripherischen Kompensation bei primären, chronischen Herzerkrankungen und Klappenfehlern;

3. zur Besserung und Heilung von sogenannten Herzneurosen.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sperling (Berlin-Birkenwerder) macht Mitteilung über eine seit 15 Jahren ausgebildete diagnostische Palpationsmethode der Verdauungsorgane, welche nach des Vortragenden Erfahrung krankhafte Störungen in sehr vielen Fällen erkennen lässt, in welchen man die Verdauungsorgane früher für gesund gehalten hatte. Störungen und Krankheiten der Verdauungsorgane kommen demnach viel öfter vor, als es bisher diagnostiziert worden ist, und sind auch, wie sich mit Sicherheit erweisen lässt, sehr häufig die Ursache von anderen Krankheiten, welche anscheinend mit den Verdauungsorganen nichts zu tun haben. Der Vortragende steht auf dem Standpunkt, dass viele, wenn nicht die meisten Krankheiten, ihre Ursache in einer mangelhaften Ausnutzung und Verwertung der Nährstoffe im Verdauungstraktus haben und deshalb als Assimilationsstörungen aufzufassen sind.

Als ein Mittel zur Beseitigung vieler, wenn nicht der meisten dieser Störungen der Verdauungsorgane und in zweiter Linie der davon abhängigen Krankheiten übt Sp. seit vielen Jahren eine von ihm besonders ausgebildete Magen-Darm-Massage, welche er bisher in etwa 50000 Einzelmassagen ausgeführt hat. Die Technik ist schwierig und beruht auf einem feinen Gefühl der Finger und auf einer durch die Erfahrung geübten Schätzung der individuellen Verhältnisse.

Es hat sich im Laufe der Jahre gezeigt, dass eine Anzahl von den landläufigen Neurasthenieen und Hysterieen, von Störungen des Allgemeinbefindens, von Kopfschmerzen und anderen Schmerzen der Einwirkung zugänglich sind und direkt durch die Magen-Darm-Massage beseitigt werden. Ausgezeichnet ist die Beeinflussung aller Störungen der weiblichen Sexualorgane, vor allen Dingen der Dysmenorhoeen; aber es ist Sp. auch gelungen, durch die Magen-Darm-Massage unter Zuhilfenahme der intravaginalen Massage kleinere Ovarial-Tumoren zu beseitigen.

Sehr auffallend ist die Einwirkung auf die Zuckerausscheidung und auf das Allgemeinbefinden in allen Fällen von Diabetes. Sp. verfügt z. Zeit über 3 ganz besonders schwere Fälle, in welchen es ihm gelungen ist, durch seine Behandlungsmethode in mehr oder weniger kurzer Zeit die Zuckerausscheidung zu beseitigen. Die Erfahrung mit der von Sp. geübten Therapie wirft ein neues Licht auf Entstehung und Ursache der Krankheiten und giebt neue Anhaltspunkte für die Auffassung und Behandlung kranker Menschen.

Faure (Paris) baut seinen schon auf dem I. internationalen Kongress gehaltenen Vortrag über „Uebungstherapie, im Be-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sonderen im Bereich der motorischen Sphäre" weiter aus. Uebungstherapie (rééducation) ist eine therapeutische Methode, die in der systematischen Erlernung motorischer, sensibler, sensorieller Funktionen besteht. Normalerweise geschieht das Lernen dieser letzteren unbewusst, besonders in der Kindheit. Bei Verletzung der betreffenden Leitungsbahnen ist ein erneutes Erlernen notwendig. Dieses Wiedererlernen ist ermöglicht durch die Eigenschaft der nervösen Substanz, erziehbar zu sein. Es giebt eine motorische, sensible, sensorielle und psychische Uebungstherapie. In allen Fällen stellt die Uebungstherapie Ansprüche an die Intelligenz, an das Gedächtnis und den Willen und ist daher eine psychische Methode. Sie steht in keinem Zusammenhang mit der Suggestion. Arzt und Patient stehen nur im Verhältnis des Lehrers und Schülers zu einander. Zwar ist eine Autorität des Lehrers und eine gewisse Gelehrigkeit des Schülers Voraussetzung für den Erfolg, aber immerhin bleibt letzterer abhängig von der Wahl der Methode und der Technik. Als Unterstützungsmittel dienen allen Formen der „Rééducation" die bekannten physikalischen Massnahmen (Massage, Elektrisieren, Hydrotherapie etc.).

Ueber das gleiche Thema, besonders mit Bezug auf die Ataxie spricht Frenkel-Heiden. **Schirokauer** - Berlin.

48) Vom französischen Chirurgen-Kongress. Oktober 1907.

Lucas-Championnière (Paris). Irrtümer, die durch die Roentgogramme der Knochenfrakturen entstehen können.

Je nach der Stellung der Röhre kann man eine Dislokation vergrössern, verkleinern, ja selbst zum Verschwinden bringen. Das Würdigen dieser bekannten Erscheinung hat besonders für gerichtliche Gutachten grosse Bedeutung.

Redard (Paris). Therapie der angeborenen Hüftverrenkungen bei älteren Individuen.

Bei älteren Kindern verzichtet Redard auf die Reposition und begnügt sich den Femurkopf nach vorn zu bringen unmittelbar unter die Spina Iliaca anterior superior. Drei Monate lange Immobilisation genügt.

Froelich (Nancy). Die verschiedenen Varietäten der angeborenen Hüftgelenksverrenkungen.

Die verschiedenen Fälle, die wir als kongenitale Luxation operieren, können sich in 3 Gruppen verteilen:



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1. Die traumatischen mit normalen Gelenkpfannen und Femurköpfen.

2. Die teratologischen Luxationen mit Missbildungen des Gelenkes (sie sind die häufigsten).

3. Die pathologischen Luxationen.

In die erste Gruppe gehören die Verrenkungen, die intrauterins zustande gekommen sind, durch den Druck der Gebärmutterwand, durch die Adduktion der Schenkel und die Kontraktion der retrofemoralen Muskeln. Hierher gehören auch die bei dem Geburtsakt entstandenen Verrenkungen. (23 Fälle.)

Die zweite Gruppe enthält die Fälle, in denen die Missbildung durch Vitium primae formationis zustande gekommen ist. (49 Fälle.)

In die letzte Gruppe gehören die Fälle, die sich in den ersten Monaten verrenkt haben durch arthritis neonatorum, bedingt durch Staphylokokken, Pneumo-Gonokokken, Syphilis oder Arthritis deformans. (12 Fälle)

In der ersten Gruppe ist die ideale Heilung die Regel, in den zwei anderen Gruppen ist dieselbe noch möglich, aber in viel geringerer Zahl.

Judet (Paris). Therapie der kongenitalen Hüftgelenkluxation.

18 Operationen nach Lorenz mit 17 Repositionen. — Kinder von 3—6 Jahren. Ein einziger Gipsverband während 5 Monaten, als Nachbehandlung ein oder zwei Monate im Bett ohne Apparat.

Calot (Berck). Therapie der kongenitalen Hüftgelenkluxation.

Legt grossen Wert auf die gute Haltung der Kinder während der Nachbehandlung. Operiert soll' werden, sobald die Diagnose gestellt, dann ist die Heilung eine ideale.

Menuère (Reims). Therapie der Gelenktuberkulose mittels Karbolsäure und Phenopunktur.

M. hat mit dieser Methode 37 Fälle von Gelenktuberkulose geheilt, wovon 7 mit idealer Funktion.

Barbarin (Paris) hat in 32 Fällen von Gelenktuberkulose die Länge der kranken Epiphyse im Vergleich mit der gesunden im Roentgogramm geprüft und gesehen, dass dieselbe in 20 Fällen grösser war, als die der gesunden Seite.

Der Unterschied betrug in einem Falle 3 cm. Er führt dieses grössere Längewachstum auf die Irritation des Epiphysenknorpels zurück, bedingt durch die nahe liegenden Tuberkel.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Paul Delbet (Paris) berichtet über eine gelungene blutige Reposition einer dorsalen Talusluxation des Fussgelenks.

Kirmisson (Paris) berichtet über einige Fälle von Hüftgelenkluxationen nach einer in der frühen Kindheit bestandenen Osteomyelitis.

Froelich-Nancy.

49) **E. Falk.** Zur Umformung der Wirbelsäule während der foetalen Entwicklung. Ein Beitrag zur Entstehung des Assimilationsbeckens.

Berliner mediz. Gesellschaft. 23. Okt. 1907.

Deutsche med. Wochenschr. 1907. Nr. 45. p. 1881.

Nach Rosenberg soll in der ersten Zeit der embryonalen Entwicklung ein Umformungsprozess der Wirbelsäule stattfinden, derart, dass ursprünglich der 26. oder 27. Wirbel den ersten Kreuzbeinwirbel darstellt, während beim Erwachsenen gewöhnlich der 25. Wirbel als Stützwirbel angesehen werden muss. Falk hat 110 foetale Becken untersucht und die Rosenbergschen Beobachtungen bestätigt. Demonstration an Wirbelsäulen mit 6 bezw. 4 Lendenwirbeln, 6 resp. 4 Kreuzbeinwirbeln. Es kann sich aber auch der letzte Lendenwirbel teilweise in einen Kreuzbeinwirbel umwandeln und einen sogenannten Uebergangswirbel bilden. Diese erzeugen dann das sogenannte Assimilationsbecken, schon bei der Geburt zu erkennen an der verschiedenen Höhe der spinae iliacae post. sup. und Skoliose der Lendenwirbelsäule.

Ewald - Hamburg.

50) **Schüller.** Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien. 2. V. 1907.

Deutsche med. Wochenschr. 1907. 40. p. 1666.

Spondylitis der Lendenwirbelsäule bei 45jähriger Frau, mit Schmerzen im Kreuz und rechten Bein. Röntgenbild zeigt den 3. gegen den 2. Lendenwirbel verschoben und den 3. destruiert.

Asymmetrische Assimilation des letzten Lendenwirbels an das Kreuzbein.

20jähriges Mädchen hat seit 2 1/2 Jahren Schmerzen im Kreuz. Das Röntgenogramm zeigt eine Verwachsung des Querfortsatzes des 5. Lendenwirbels mit der Massa lateralis des Kreuzbeins.

Ewald - Hamburg.

51) **Peiser** (Breslau). Osteopsathyrosis im Kindesalter.

Deutsche med. Wochenschr. 1907. Nr. 40. p. 1668.

Bei Kindern kommt ab und zu abnorme Knochenbrüchigkeit zur Beobachtung. Keine Rachitis, aber häufig mit ihr zusammen vor-



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

kommend. Klinische Erscheinungen, psychisch und physisch minderwertige Individuen. Im Röntgenbild dünne Corticalis der langen Röhrenknochen, zuweilen weite Diastase der Bruchenden. P. hält die Krankheit für eine Trophoneurose — mikroskopisch Steigerung der lacunären Knochenresorption. Prognose günstig. Therapie: Schilddrüsenpräparate versuchen. Immobilisation der Frakturen ist nicht zu empfehlen. **Ewald** - Hamburg.

52) **Flöreken,** Extremitätenmissbildungen.

Physikalisch-medizinische Gesellschaft in Würzburg. 6. VI. 1907.

Deutsche med. Wochenschr. 1907. Nr. 44. p. 1844.

2 Fälle von Hexadaktylie (54jährige Frau mit Doppelbildung beider Phalangen des rechten Daumens und 2jähriger Junge mit Doppelbildung beider grosser Zehen). Photographie von Octodaktylie des l. Fusses (4 Monate altes Mädchen) 8 vollentwickelte Zehen und Metatarsalien. Auch überzählige Tarsalknochen waren vorhanden. F. exartikulierte die drei tibialwärts gelegenen Zehen im Metatarsophalangealgelenk und schrägte das vorspringende Tarsalstück ab. Gutes kosmetisches Resultat. Ferner ein 20jähriges Mädchen mit totaler Syndaktylie der r. Hand. Synostose am Ende der Nagelphalangen bei den 3 radialen Fingern. Bei allen 4 Fingern fehlt eine Phalanx. Genese: am wahrscheinlichsten amniogen. Erblichkeit in seinen Fällen nicht nachweisbar. Ferner 1jähriger Junge mit Doppelbildung der Endphalanx der linken grossen Zehe und Crus varum congenitum, sowie ein $^1/_2$jähriges Mädchen mit congenit. totalem Fibuladefekt, des fibularen Teils des Tarsus sowie zweier fibularer Zehen. Für die Genese dieser Strahldefekte sind ebenfalls intrauterine Druckverhältnisse verantwortlich zu machen. Auch hier keine Heredität. **Ewald** - Hamburg.

53) **Zahn.** Hysterische Kontrakturen.

Aerztl. Verein in Stuttgart. 6. Juni 1907.

Deutsche med. Wochenschr. 1907. Nr. 44. p. 1814.

Bei einem 13jährigen Mädchen ist innerhalb der letzten vier Jahre der Musc. tibialis ant. befallen, ferner wurde das rechte Ellenbogengelenk in starre Streckstellung gebracht, zuletzt auch Kontrakturen in der Muskulatur des Mundes und Unterkiefers, so dass der Mund beständig offen stand, Speichel herausfloss und die Sprache nur ein unverständliches Lallen war. Methodische Uebungen erzielten ein Schliessen des Mundes und deutliche Artikulation beim Sprechen.

Ewald - Hamburg.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

54) **His.** Dupuytrensche Kontraktur in Verbindung mit Sklerodermie.

Mediz. Gesellschaft Göttingen. 2. V. 1907.

Deutsche med. Wochenschr. 1907. 40. p. 1663.

Behandlung mit Fibrolysin. Günstiger Erfolg.

Ewald-Hamburg.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Albert Hoffa †.

Als eben die Neujahrsglocken sich anschickten zu verkünden, dass wieder ein Stück Zukunft sich uns zur Gegenwart wandle, da traf fernab von allen Silvesterahnungen und -Erwägungen unsere Wissenschaft ein Schlag, der härteste wohl, der uns werden konnte, ein Verlust, der uns durch seine Schwere und Plötzlichkeit aufs tiefste erschüttert: Albert Hoffa ist tot.

Unter dem Eindruck der alle Teilnehmer schmerzlich bewegenden und doch zugleich tröstlich erhebenden Trauerfeier stehend, wollen wir es unternehmen, noch einmal das Leben des seltenen Mannes, des Führers, dem wir soeben das letzte Geleite gegeben, an uns vorüberziehen zu lassen.

Albert Hoffa wurde am 31. März 1859 als Sohn deutscher Eltern geboren zu Richmond in Südafrika, wo sein Vater als Arzt wie als Mensch hochgeschätzt praktizierte. Seine Studien führten H. nach Deutschland zurück, er besuchte die Universitäten Marburg und Freiburg. 1883 doktorierte er mit einer Arbeit über Bleiniere — in wenig Wochen wollten seine Assistenten das 25 jährige Doktorjubiläum durch eine Festschrift feiern. Nach absolviertem Staatsexamen wandte sich H. der Chirurgie zu, er wurde Assistent bei Maas am Juliushospital zu Würzburg, dann bei Schönborn, unter dem er sich 1886 habilitierte. Nachdem er sich anfänglich gerne mit pathologisch-anatomischen und bakteriologischen Untersuchungen beschäftigt hatte, zog ihn seine Neigung bald zu der eben aufstrebenden Orthopädie.

Mit klarem Blick und glücklicher Hand entnahm er den neuen wissenschaftlichen Anregungen, die damals von Julius Wolff ausgingen, wie den praktischen Neuerungen orthopädischer Technik, insbesondere der verbesserten Apparatbehandlung, die mit dem Namen Hessings verknüpft war, das Gute und Aussichtsreiche und half aus dem Gegebenen wie aus eigener reicher Produktivität die moderne orthopädische Chirurgie zu formen, die sich nunmehr erstaunlich entwickelte.

Früh machte er sich selbständig und gründete in Würzburg eine private orthopädische Klinik, die aus kleinen Anfängen von Jahr zu Jahr bedeutsamer emporwuchs. Als H. sein hauptsächliches Interesse auf die Behandlung der angeborenen Hüft-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

verrenkung richtete und in Wort und Schrift über die Erfolge erst der blutigen, später der unblutigen Reposition Rechenschaft gab, da wurde sein Ruf bereits ein bedeutender, seine Klientel eine internationale.

Die Einrichtungen der Klinik wurden glänzend, mustergiltig, die ärztliche Tätigkeit gestaltete sich ungemein vielseitig. Massage und Heilgymnastik wurden gepflegt, in umfangreichen Werkstätten wurden die orthopädischen Apparate hergestellt, in den Operationsräumen ein reiches operatives Material bewältigt.

Das Röntgenverfahren wurde, kaum bekannt geworden, mit Eifer in den Dienst der Orthopädie gestellt.

Die gewaltige Arbeitslast dieses Betriebes hinderte den Leiter keineswegs an wissenschaftlicher Betätigung. Die bis dahin zerstreute orthopädische Literatur wurde in einem umfangreichen Lehrbuch der orthopädischen Chirurgie vereinigt, das, wie alle seine Bücher, eine Reihe von Auflagen erlebte und heute noch die erste Stelle in unserer Fachliteratur einnimmt.

Das Lehrbuch der Frakturen und Luxationen kam hinzu, ein sehr beliebter Leitfaden der Massage schilderte seine Technik, die er von Mosengeil übernommen und vervollkommnet hatte. Die Zeitschrift für orthopädische Chirurgie wurde gegründet, sie enthält in ihren 19 Bänden eine lange Reihe von Einzelarbeiten aus seiner eigenen Feder und der seiner Schüler.

Die Assistentenstellen an seiner Klinik wurden begehrte Posten, Studenten und Aerzte kamen, um seine Methoden kennen zu lernen.

Diesen grossen und schönen Wirkungskreis gab H. auf, um 1901 an Stelle des verstorbenen J. Wolff die Leitung der chirurgisch-orthopädischen Universitätspoliklinik in Berlin zu übernehmen, womit sein lang gehegter Herzenswunsch nach einer offiziellen bedeutsamen Position in Erfüllung ging.

Erstaunliches hat er in den wenigen Jahren seines Wirkens hier geleistet und nicht nur auf dem seiner immensen Arbeitskraft noch zu engen Gebiet, das seiner neuen Stellung entsprach.

Er setzte die ganze Macht seiner Person ein im Dienst verschiedener Wohltätigkeits- und Fürsorge-Bestrebungen, die jetzt gerade Bedeutung gewannen.

Dass die Krüppelfürsorge in energischer Weise gefördert und teilweise schon zur Verwirklichung gebracht wurde, zu diesem schönen Erfolg hat H. erheblich beigetragen.

Das grösste Verdienst hat er sich erworben durch seine unermüdlichen Bemühungen um die Errichtung des kürzlich eingeweihten

Generated on 2019-06-08 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Caecilienheims in Hohenlychen, einer Heilstätte für gelenk- und knochenkranke Kinder.

Eine selten ausgedehnte und zeitraubende Praxis wusste er neben den genannten humanitären Aufgaben zu bewältigen und noch zu verbinden mit einer unermüdlichen und vielseitigen literarischen Tätigkeit, die er auch unserem, dem jüngsten Fachblatt in selbstloser Weise zuwendete.

Zahlreiche Assistenten erzog er zu selbständiger Berufsausübung, so dass seine Schule wie keine zweite im In- und Ausland verbreitet ist.

So schien er mit seinen immer weiter gesteckten Zielen fast schrankenlos zu wachsen. — Da, auf der Höhe des Lebens und der Kräfteentfaltung, auf der Höhe aber auch des Ruhmes und der Anerkennung, überraschte ihn jäh der Tod; er traf ihn bei der ärztlichen Pflichterfüllung.

Obwohl in letzter Zeit die Folgen eines länger bestehenden Diabetes seitens des Herzens sich stärker fühlbar machten, liess er sich nicht abhalten, dem Ruf eines früheren Patienten zu folgen und in Antwerpen eine Operation auszuführen. Seine Kraft war erschöpft, auf der Rückreise zu den Seinen erlag er nach kurzem Kampf in Köln dem frischen Nachschub einer Myocarditis.

Um ihn trauern die greise Mutter, die er zeitlebens in inniger Liebe verehrte, die Gattin mit fünf Töchtern, die er allezeit mit treuester Fürsorge umgab, die Schar seiner Assistenten, die unzähligen Kranken, denen er ein guter Arzt gewesen, trauert die Orthopädie als um einen ihrer Grössten.

Wir würden das Lebensbild A. Hoffa's sehr unvollständig zeichnen, wenn wir nicht auch des Menschen Hoffa gedächten neben dem, was über seine ärztliche Laufbahn ausgeführt wurde.

Es ging ein eigentümlicher Zauber aus von seiner männlich elastischen und lebenskräftigen Persönlichkeit, von seinem energischen und dabei liebenswürdig heiteren, natürlichen Wesen, ein Zauber, dem sich niemand entziehen konnte, der mit ihm in Berührung kam.

Er besass ein sonniges Gemüt, einen fast kindlich harmlosen und hoffnungsfrohen Sinn, der ihm auch in schweren Zeiten seines Lebens — sie waren ihm nicht erspart — unveränderlich treu blieb.

Neid und Missgunst lagen ihm ebenso fern wie Hochmut und Selbstüberhebung, sein einziger Stolz war das Blühen der Orthopädie und seiner Schüler erfolgreiche Mitarbeit, die er aber ebenso rückhaltlos anerkannte und freudig begrüsste, wenn sie von anderer Seite geleistet wurde.


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Seine Patienten hingen an ihm voll Vertrauen, seine Assistenten verehrten in ihm nicht nur den Lehrer und Meister, sondern auch den sich ganz gebenden Freund, seine Kollegen fanden bei ihm stets wissenschaftliche Anregung und Unterstützung, wie auch gastliche Aufnahme, seine vielfachen freundschaftlichen Beziehungen kamen bei den Versammlungen unserer Gesellschaft zum schönsten Ausdruck.

Erholung von den Anstrengungen seines Berufes suchte er auf Reisen, vor allem aber im grünen Rock beim Klang des Hüfthornes.

So steht das Bild A. Hoffa's vor uns als das eines ganzen Menschen. Ob er auch von uns gegangen, er wird weiterleben in unserer dankbaren Einnerung.

Der beste Ausdruck unseres Dankes und gewiss ein Dank im Sinne des Entschlafenen sei das Gelöbnis, festzuhalten, auszubauen und, wenn es gilt, zu verteidigen mit allen Kräften das grosse Vermächtnis, das er der Orthopädie hinterlassen hat.

Generated on 2019-06-08 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. II. Februar 1908. Heft 2.

Zur Technik der Achillotenotomie.

Von

Prof. Dr. J. RIEDINGER
in Würzburg.

Mit 1 Abbildung.

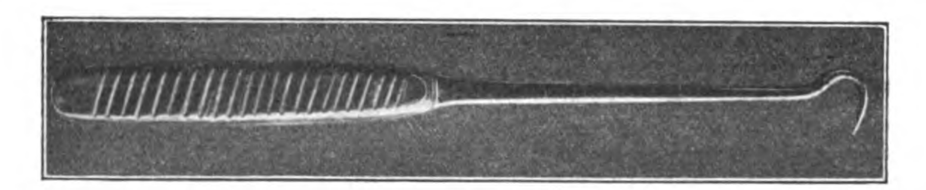
Ohne auf die Frage eingehen zu wollen, ob und wann die subkutane Achillotenotomie beim angeborenen Klumpfuss indiziert ist, möchte ich auf ein technisches Hilfsmittel hinweisen, das die Achillotenotomie in schwierigen Fällen zu erleichtern imstande ist.

Es ist bekannt, dass bei sehr schwach entwickeltem und hochstehendem Calcaneus die Achillessehne schwer zu fühlen und wenig oder gar nicht gespannt ist. Statt der kulissenartig vorspringenden Sehne findet man oberhalb der kleinen Ferse eine quere Furche, welche die Sehne an ihrer Entfaltung hindert. Der Ansatzpunkt ist nach innen gestülpt und liegt verhältnismässig zu tief. Durch starke Dorsalflexion lässt sich die Sehne nur unvollkommen herausheben. Dass unter solchen Verhältnissen die Achillotenotomie schwierig ist und oft keinen besonderen Wert beanspruchen kann, liegt auf der Hand. Ich halte es aber auch nicht für angezeigt, sie deshalb prinzipiell zu verwerfen. Man kann die Sehne der Palpation zugänglicher machen, wenn man kurz oberhalb der Stelle, wo man die Tenotomie vornehmen will, einen scharfen Haken einsetzt und die Sehne mit Hilfe desselben aus der Tiefe herausheben lässt.

Ich verwende einen Haken mit nicht konzentrisch verlaufender Krümmung, um ein Durchstechen der Haut von innen her beim Anziehen des Hakens nach oben zu vermeiden, und zwar in der


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Form, wie ihn die Abbildung zeigt (Figur in halber Grösse). Der Haken wird entweder am Innenrand oder am Aussenrand der Sehne in die Tiefe bis unter die Sehne eingeführt. Ein Assistent hält den Haken nach hinten und oben in der Richtung des Körpers bei Bauchlage des Kindes und zieht je nach Erfordernis an, während der Operateur im Moment der Durchtrennung der Sehne den Fuss möglichst in Dorsalflexion versetzt. Die Tenotomie wird am zweckmässigsten von aussen nach innen in bekannter Weise vorgenommen.



Zuerst wird mit einem spitzen Tenotom oder Skalpell die Haut neben der möglichst erschlafften Sehne durchstochen, bis das Instrument zwischen Haut und Sehne sich befindet, dann wird das Guérin'sche gerade, vorn stumpfe Tenotom eingeführt und mit diesem die möglichst gespannte Sehne durchschnitten. Die Tenotomie von der Haut nach der Tiefe hält auch König in seinem Lehrbuch bei kleinen Kindern für sicherer. Der Schnitt von innen nach aussen ist deshalb unzweckmässiger, weil sich in solchen Fällen meist nicht gut ermessen lässt, in welcher Tiefe das spitze Tenotom eingestochen werden soll. Will man die Tenotomie von aussen nach innen allein mit einem spitzen Tenotom ausführen, so muss man sich hüten, zu viel vom subkutanen Bindegewebe zu durchtrennen, also zu nahe der Oberfläche zu operieren, weil später sonst leicht eine Einziehung der Haut zustande kommt.

Das Herausheben der Sehne durch einen Haken über der Operationsstelle empfiehlt sich auch bei der Tenotomie an anderen Körpergegenden, wenn die Sehne deutlicher hervortreten soll.

Curcio (Neapel). Apparecchi ortopedici ed arti artificiali.

Torino 1907. Unione Tipografica-Editrice Torinese.

Das vorliegende Werk bildet einen 292 Seiten dicken Band mit 570 Abbildungen und farbigen Tafeln.

Verf. zeigt zunächst die Bedeutung, welche die Wissenschaft heutzutage den orthopädischen Apparaten, welche eine normale Funktion ermöglichen, als wichtigen und zuweilen absoluten Be-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

handlungs- und Heilungsfaktoren der Deformitäten beilegt, und kommt zu dem Schluss, dass jeder mechanische Apparat ein orthopädischer ist, da er die Deformität, wenn nicht korrigiert, so doch verhütet.

Im ersten Teil bespricht Verf. genau und ausführlich die Konstruktionstechnik, die exakten Indikationen, die Kontrolle und die Anwendungen der portativen, mechanischen, amoviblen Apparate der Orthopädie, deren Verwendung in der Behandlung der Deformitäten und Krankheiten mit jedem Tag grösseres Interesse erwirbt und für die Kranken von so grossem Nutzen wird. —

Im zweiten Teil der Arbeit beschäftigt er sich mit den künstlichen Gliedmassen, von denen er vor allem den hauptsächlich plastischen Zweck dartut.

Er verweilt bei der von Vanghetti in seinem Buch: „Plastiche e Protesi cinematiche“ beschriebenen Amputationsmethode, wobei er erkennt, dass wir noch von der Durchführung dieser Methode entfernt sind.

Zum Schlusse legt er die Indikationen für die Protheseapparate sowie die Technik dar, die bei ihrem Bau zu befolgen ist. Verf. zeigt eine sichere Kenntnis der wichtigen Frage, der er lange Jahre des Studiums und der Praxis gewidmet hat; sein Buch wird sicher für Aerzte und Kranke von nicht geringem Nutzen sein.

Buccheri - Palermo.

U. Sabelico (Florenz). Fasciature ed apparecchi. Fratture e lussazioni.

Firenze 1907, Tipogr. Barbera.

Verf. bespricht im Eingang der Arbeit systematisch die Verbände und Bandagen. Im zweiten Teil stellt er zunächst einige allgemeine Betrachtungen an über die Technik der Apparate. Es folgt dann eine Einteilung der Apparate in Gruppen je nach den traumatischen Skelettverletzungen, für die sie angezeigt sind, und eine Spezifizierung ihrer Anwendung. An der Spitze jeder Gruppe stehen dabei kurze Rekapitulationen aus der speziellen Pathologie und Klinik und wo nötig auch aus der Anatomie.

Auf diese Weise kann jeder, der in Praxi sich in dem Buch Rat holen will, bequem und schnell die zur Behandlung einer gegebenen Läsion geeignetsten Apparate zusammengestellt finden; wobei ihm gleichzeitig der Vorteil geboten ist, sich über die Art und Weise ihrer Anwendung zu orientieren und sich das Wissenswerteste ins Gedächtnis zurückzurufen. So findet er z. B. bei Verschiebungen


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bei einer gegebenen Fraktur oder der Gelenkköpfe in einer gegebenen Luxation, die hauptsächlichen Symptome, die Korrektionsart jener Verschiebungen, die gebräuchlichsten und besten Reduktionsmethoden jener Luxationen usw.

Ausgestattet ist das Buch mit zahlreichen Zinkdrucktafeln.

Anhangsweise findet schliesslich die Technik der Massage und die zu Heilzwecken verwendete Gymnastik eine kurze Besprechung.

Buccheri-Palermo.

1) **Dreifuss** (Hamburg). Ein kasuistischer Beitrag zu den durch mechanische Einwirkung entstandenen angeborenen Missbildungen.

Zeitschr. f. orthop. Chirurgie. 18. Bd. 1.—2. H. S. 121.

Bei einem Knaben von 1 Jahre sah Verf. eine Deviation beider Zeigefinger im 1. Interphalangealgelenk und zwar nach der Mittellinie der Hand zu, veranlasst durch Druck des Daumenballens bei zur Faust geschlossenen Hand. Bei einem anderen Kinde von 4 Wochen waren sowohl Zeigefinger wie der kleine Finger nach der Mittellinie der Hand zu gedrängt. Die meisten Finger standen dabei im ersten Interphalangealgelenk in Beugekontraktur, wodurch die ganze Hand zur Faust geballt war. Im letzteren Falle soll nach Angabe der Mutter nur wenig Fruchtwasser vorhanden gewesen sein. Eine mechanische Entstehung der Fingerstellung erscheint nach Befund und Anamnese durchaus wahrscheinlich.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

2) **Forsyth.** Experiments on prolonged protein feeding with special reference to the thyroid gland and the osseous system.

Lancet 20. VII. 07.

Von den Ergebnissen dieser Versuche, bestehend in Fütterung von 4 Hühnern mit Fleisch auf die Dauer eines Jahres, verdient hervorgehoben zu werden, dass nicht die reine Fleischfütterung allein eine ungünstige Wirkung auf die Knochen hatte, solange die Tiere in einem Käfig waren, dessen Boden mit Sand bedeckt war. Erst als sie während der zweiten Hälfte des Versuches in reinen Eisenkäfigen ohne Sandstreu gehalten wurden, wurden die Knochen brüchig, also infolge der Entziehung von Kalk oder ähnlichen anorganischen Stoffen.

Rauenbusch-Heidelberg.

3) **Poncet.** Tuberculose inflammatoire et rachitique tardif.

Bulletin de l'Académie de Médicine. 1907. Nr. 33.

Die Spätrachitis kann auftreten als Rezidiv einer kindlichen



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Rachitis, ihre Aetiologie ist klar. Anders die sog. primitive Spätrachitis. Von ihr glaubt P., dass sie eine entzündliche Erweichung darstellt.

Verschiedene Entzündungserreger können solche einfache Erweichung erzeugen, falls das Virus abgeschwächt ist.

Besonders häufig dürfte es sich nach Poncets freilich durch nichts bewiesenen Hypothese um eine besonders milde Tuberkulose handeln.

Alle osteo-artikulären Deformitäten der Pubertätszeit wie Skoliose, Coxa vara, Genu valgum, Plattfuss, sind also tuberkuloseverdächtig (?), eine Annahme, die für Prophylaxe und Therapie von grösster Tragweite wäre. **Vulpius**-Heidelberg.

4) **G. Paul Luther** (Boston). A study of 750 Fractures of long bones of the lower extremity with special reference to the cause of delayed union.

Boston Med. and Surg. Journal 1907. Aug. 22 Pag. 255.

Die wesentlichen Schlussfolgerungen der statistischen Arbeit sind folgende:

1. Brüche der Röhrenknochen des Beckens sind 4 mal so häufig bei Männern als bei Frauen.

2. Femurfrakturen sind verhältnismässig häufiger bei Kindern als bei Erwachsenen.

3. Hohes Alter an sich ist kein Grund für verzögerte Frakturheilung.

4. Verzögerte Heilung findet sich meist bei Schräg- und Komminutivfrakturen.

5. In der überwiegenden Mehrzahl ist die verzögerte Frakturheilung in lokalen Gründen, wie Muskelinterposition oder fehlerhafter Stellung der Fragmente, zu suchen.

6. Konstitutionelle Leiden verursachen selten eine Verzögerung der Konsolidation. **Vulpius**-Heidelberg.

5) **K. Schnurpfeil.** Ueber Spiralfrakturen.

Casop. Ces. lekaruv. 1907, p. 376.

In Böhmen und Mähren entstanden in letzten Jahren grosse Kreis- und Provinzial-Krankenhäuser, die über ein grosses Krankenmaterial verfügen. Auch wissenschaftlich wird in diesen Anstalten jetzt intensiv gearbeitet.

K. Schnurpfeil, der schon mehrere chirurgische Arbeiten veröffentlicht hat, beschreibt die von ihm in Deutsch Brod be-



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

obachteten Spiralfrakturen. Unter 230 röntgenisierten Fällen verschiedener Knochenbrüche konnte er 23 Spiralfrakturen konstatieren, die fast durchwegs untere Extremitäten betrafen und meistens durch indirekte Gewalt entstanden. Verlauf und Prognose war dieselbe, wie bei Fällen von anderen Brüchen. **Chlumsky**-Krakau.

6) **Hagenbach-Burkhardt** (Basel). Orthopädische Betrachtungen über Muskelschlaffheit und Gelenkschlaffheit.

Zeitschr. für orthopäd. Chirurgie. 18. Bd. 3.—4. H. S. 358.

Verf. weist darauf hin, dass bei Pes valgus congenitus und bei manchen Formen des Genu valgum sowie bei rachitischer Gelenkschlaffheit die abnorme Beweglichkeit der Gelenke am allerwenigsten durch die Nachgiebigkeit der Gelenkbänder, sondern durch die Schlaffheit der das Gelenk versorgenden Muskulatur zu Stande komme. Dasselbe gilt auch für die Anfangsstadien der rachitischen Kyphose, bei der später allerdings auch Knochenveränderungen eintreten können. Therapeutisch ist die Frage insofern von Wichtigkeit, als man nach obiger Aetiologie zur Heilung der Deformität keine fixierenden Verbände wählen soll, sondern eine Kräftigung der Muskulatur durch Massage-Uebungen und Elektrisieren erstreben muss. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

7) **W. Sterling.** Poliomyelitis mit Beteiligung der Pyramidenbahnen.

Medycyna. 1907. Nr. 32—33.

Bei der bekannten Erkrankung Poliomyelitis anterior acuta sind gewöhnlich nur die vorderen Rückenmarkskerne erkrankt. Sterling beschreibt einen Fall von dieser Erkrankung, in welchem er konstatieren konnte, dass auch die Pyramidenbahnen an dem Leiden beteiligt sind, und nach einer Durchsicht der Literatur behauptet er, dass solche Fälle nicht so selten sind. In seinem Falle handelte es sich um eine 41 jährige Witwe, Mutter von 2 Kindern, die in ihrer Kindheit eine mit Fieber verbundene Erkrankung durchgemacht hatte und seit dieser Zeit an einer ziemlichen Schwäche der rechten oberen und unteren Extremität litt.

Bei der näheren Untersuchung fand Sperling, dass einzelne Muskeln (triceps brachii, m. hypothenaris) vollständig fehlten, die anderen waren mehr oder weniger stark geschwächt und ungenügend entwickelt, besonders die Muskeln der oberen Extremität. Die elektrische Untersuchung zeigte nirgends Ea R., die Untersuchung des N. Ulnaris und der von ihm innervierten Muskeln durch den



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

faradischen Strom war resultatlos, dagegen der galvanische Strom rief eine starke Adduktion des Daumens, aber nur bei K. S. Z. hervor. Bei A. S. Z. erfolgte sofort die Extension des Daumens. Ein stärkerer Strom verursachte ausser der Adduktion des Daumens starke Flexion des 4. und eine leichte Flexion des 5. Fingers. Der 3. Finger blieb immer unbeweglich. Flexor carpi ulnaris reagierte überhaupt nicht.

Bei direkter Untersuchung der Muskeln erhielt man mit dem galvanischen sowie mit dem faradischen Strome hauptsächlich krampfartige Zuckungen des 4. Fingers. Flexor carpi ulnaris und die Muskulatur des Kleinfingerballens reagierten überhaupt nicht.

Analoge Erfolge ergab auch der N. radialis.

Nach allen dem glaubt Sp., dass es sich in seinem Falle um die essentielle Kinderlähmung handelte, wobei auch die Pyramidenbahnen mitbetroffen waren. **Chlumsky**-Krakau.

8) **Tarantini** (Rom). Sul meccanismo d'azione del l'iperemia da stasi alla Bier.

Il Policlinico. Sez. chir. 1907, Nr. 10.

Aus an Meerschweinchen vorgenommenen Versuchen glaubt Verf. schliessen zu können:

1. Ruft man die Stauungshyperämie nach Bier an den Hinterbeinen von Meerschweinchen hervor und impft man unter die Haut in Wasser suspendierte Fremdkörper von kleinsten Dimensionen (chinesische Tusche), so färben sich die Lymphdrüsen der Gegend nicht.

2. Die für diesen Effekt hinreichende Zeit, während der die Binde zu belassen ist, kann eine halbe Stunde vor und eine halbe Stunde nach der Injektion liegen.

3. Zuerst verhindert die Stauungshyperämie den Eintritt in den Blut- und Lymphkreislauf nur durch das mechanische Hindernis, alsdann fixiert sie durch die Phagocytose und die Bindegewebsneubildung die Fremdkörper in situ.

4. Von dem mechanischen Faktor des ersten Zeitraumes abgesehen, wirkt die Stauungshyperämie durch Verstärkung der normalen Abwehrmittel des Organismus gegen Fremdkörper.

Buccheri-Palermo.

9) **Tillmanns** (Leipzig). Die allgemeine Behandlung der Frakturen.

Deutsche med. Wochenschr. 1907. Nr. 42.

Klinischer Vortrag über die Behandlung der Frakturen. T.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bespricht zunächst die subkutanen Brüche. Zuerst ist die Reposition der Fragmente nötig event. auf operativem Wege, danach ihre Fixation durch Gips- oder Zugverband. Bei fixierenden Verbänden ist anzuraten, die Verbanddauer nicht zu lange auszudehnen und zwischendurch den Verband zu wechseln. Gehverbände, feste und abnehmbare event. mit artikulierenden Gelenkverbindungen sind nach T. sehr empfehlenswert. Auch Gelenkbrüche behandelt er mit artikulierenden Verbänden oder Schienen. Bei komplizierten Frakturen, sofern dieselben nur einfache Durchstechungsfrakturen sind, rät Verf., die Wunde möglichst in Ruhe zu lassen und die Fraktur wie eine subkutane zu behandeln. Auch bei ausgiebigeren Weichteilverletzungen soll die Wunde möglichst wenig alteriert werden. Falls Eiterung eintritt, so ist die Fraktur ebenso zu behandeln, wie eine, die in bereits infiziertem Zustande in Behandlung kommt. Eröffnung der Eiterherde, Drainage, unter Umständen auch die Amputation des septischen Gliedes ist das indizierte Verfahren. Frakturen des Schädels, der Wirbelsäule und des Beckens bedingen je nach den Komplikationen ihre eigene Art der Behandlung. Schussfrakturen ähneln in ihrer Therapie im ganzen den Durchstechungsfrakturen. Eine Nachbehandlung der Frakturen ist infolge von Versteifung der Gelenke und Atrophie der Muskulatur meistens nötig. Pseudarthrosen können durch Aneinanderreiben der Knochen, Elektrolyse oder durch Reizung der Knochenenden, durch Einschlagen von Stiften oder Injektion von Entzündung erregenden Flüssigkeiten (Blut) zur Heilung gebracht werden. Am meisten zu empfehlen ist blutige Anfrischung und Naht resp. Vereinigung durch Stifte, Schrauben etc. Bei grösseren Defekten kann man Periostknochenlappen von der Nachbarschaft herüberklappen oder auch von anderer Stelle entnehmen und transplantieren. Auch totes Material (Knochen, Celluloid, Metalle) kann verwandt werden, für Höhlendefekte ist die Mosetigsche Jodoformplombe zu empfehlen. Bei disloziert geheilten Frakturen kommt event. nachträgliche Osteoklase oder Osteotomie in Frage.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

10) **E. Fischer.** A csonttöréseknek Bardenheuer féle extensiós Rezeléséröl. (Bardenheuersche Extensionsbehandlung der Frakturen.)

Budapesti O. U. 1907. Nr. 30. Chirurg. Beilage Nr. 3.

Beschreibung und Würdigung der Bardenheuerschen Frakturbehandlung. **Horváth**-Budapest.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

11) **Schäffer** (Giessen). Die Klopfung als Heilmittel bei Pseudarthrosen.

Deutsche med. Wochenschr. 1907. Nr. 41.

In zwei Fällen von Pseudarthrose der Tibia (bei dem einen waren 4 Monate, bei dem anderen stark 7 Monate seit der Fraktur vergangen) erzielte Sch. durch Streichmassage und kräftige Klopfungen mit der ulnaren Handkante eine rasche Konsolidation der Fragmente. Bei dem einen Pat. trat sogar eine Verminderung der bestehenden Verkürzung ein. Das gute Ergebnis dieser Fälle veranlasst Verf. die Methode warm zu empfehlen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

12) **Kaisin** (Floreffe). A propos de l'emploi du gaz oxygène dans la radiographie des articulations.

Journal belge de Radiologie. 1907. Nr. 4.

K. bespricht die Massnahmen, welche die Sauerstoffeinspritzung in die Gelenke behufs Röntgenaufnahme ungefährlich zu gestalten geeignet sind.

Vor der Einspritzung wird die Extremität nach Bier gestaut, während der Insufflation völlig abgeschnürt. Der Gasdruck darf $^1/_4$ Atmosphäre nicht überschreiten. Die Punktionsnadel ist mit einem Hahn versehen, welcher die Entleerung des Gases nach gemachter Röntgenaufnahme gestattet. Autoreferat.

13) **H. Pazeller.** Ueber unblutige Nervendehnung bei Neuritis und Neuralyse.

Wiener med. Presse. 1907. Nr. 95.

P. berichtet im Anschluss an seine früheren Publikationen über weitere Erfolge seiner unblutigen Nervendehnung. Er ist von der früher von ihm geübten forcierten Dehnung abgegangen und gibt die von ihm ermittelten Stellen für die Dehnung der einzelnen Nervenstämme an.

Seiner Therapie waren früher zugänglich die nervi supraorbitalis, frontalis, infraorbitalis, mentalis, naso-ciliaris, zygomatico-temporalis, occipitalis major und minor.

Seit der letzten Publikation kommen noch hinzu die nervi auriculitemporalis anterior, buccinatorius, cervico-occipitalis, radialis, ischiadicus, cutaneus femoris externus und peronaeus.

Es folgt eine Tabelle seiner 16 Fälle, darunter 14 Heilungen, 2 Besserungen. **Spitzy**-Graz.



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

14) **Roeder** (Berlin). Resektion grosser Nervenstämme ohne Lähmung.

Deutsche med. Wochenschr. 1907. Nr. 41.

Bei einem 21 Jahre alten Mädchen wurden dreimal an verschiedenen Stellen Neurome exstirpiert, in denen die grossen Nervenstämme (Ulnaris, Cruralis und Accessorius) völlig aufgegangen waren. Ueberraschenderweise trat, trotzdem die Nervenstämme in ihrer ganzen Dicke reseciert werden mussten, gar keine oder nur geringgradige Lähmung auf. Die Neurome trugen teilweise den Charakter des Neurofibroms, teilweise des Fibrosarkoms. Weshalb die Nervenfunktion so minimalen Ausfall zeigte, liess sich nicht sicher feststellen, doch nimmt Verf. an, dass es sich nach anderweitigen Untersuchungen bei diesen Neuromen um kongenitale Bildungen handle, und dass vielleicht auch kongenital sich an Stelle der erkrankten Fasern neue funktionsfähige Bahnen gebildet hätten.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

15) **Calot** (Berck-sur-Mer). Le traitement de l'ostéomyelite.

Journal des Praticiens, 1907 No. 33.

Bei akuter Osteomyelitis rät C. sich mit der Inzision der Weichteile und eventuell des Periostes zu begnügen, behufs Eröffnung des Abszesses.

Die Trepanation des Knochens macht er nur, wenn bedrohliche Intoxikationssymptome vorhanden sind. Ist die Erkrankung in das chronische Stadium gelangt, mit oder ohne Fistelbildung, so wartet C. mindestens 5 Monate, ehe er den Knochen freilegt und auf Sequester fahndet. Bleiben nach der Sequesterextraktion Fisteln zurück, so widerholt C. jeweils nach 5 Monaten diese Operation.

Vulpius-Heidelberg.

16) **Becker** (Salzschlirf). Ueber Fibrolysinkuren.

Deutsche med. Wochenschr. 1907. Nr. 43.

Verf. hat in 2 Fällen von Dupuytrenscher Fingerkontraktur, in weiteren 2 Fällen von Versteifung des Kniegelenkes resp. der Fingergelenke infolge von Narbenbildung nach Verletzung sehr gute Erfolge mit Fibrolysininjektionen erzielt. Ein Fall von chronischem deformierenden Gelenkrheumatismus bei einer 54jährigen Frau blieb unbeeinflusst. Die Injektionen wurden in die Glutäalmuskulatur vorgenommen (7—19 mal), bei den beiden Fällen von Dupuytrenscher Kontraktur ohne andere therapeutische Massnahmen. Die beiden Verletzungsfälle waren bereits mit allen üblichen Mitteln vorher behandelt worden, doch trat der Erfolg erst nach den Injektionen ein.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

17) **Ghiulamila** (Bukarest). Kasuistische Mitteilungen.

Zeitschr. f. orthop. Chir, 18 Bd., 1.—2. H., S. 177.

Beim ersten Fall handelt es sich um ein Kind mit kyphotischer Verbiegung der Wirbelsäule mit Prominenz eines Dornfortsatzes. Die Röntgenuntersuchung ergab bei einem Wirbel ein Fehlen des Körpers, dagegen ein Vorhandensein der Bögen und des Dornfortsatzes. Die dadurch bedingte Kyphose liess sich durch Redressement, Gymnastik und Massage strecken.

In einem anderen Falle hatte sich im Hüftgelenk, wo eine Coxa vara bereits bestand, eine ziemlich chronisch verlaufende Coxitis etabliert. Die Anamnese liess mit einiger Wahrscheinlichkeit auf diese Diagnose schliessen, doch gab erst das Röntgenbild völlige Aufklärung.

Bei einer dritten Pat. bestand der typische Gang einer kongenitalen Hüftluxation. Das Röntgenbild zeigte, dass keine Luxation bestand, sondern nur eine abnorme Flachheit und Weite der Pfanne, die ein Auf- und Abrutschen des Kopfes ermöglichte.

Im vierten Falle bestand ein Bruch des ersten Metacarpalknochens und des Os trapezium. Entstanden waren die Brüche durch Fall gegen einen Stuhl, dessen Kante zwischen Daumen und Zeigefinger eindringend, die beiden Knochen gegen den Processus styloid. radii drückte und dadurch frakturierte.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

18) **Karl Lengfellner** (Berlin). Worauf kommt es beim Schuhwerk (wissenschaftlich-orthopädisch gedacht) vor allem an?

Med. Klinik, 1907 No. 38.

L. verlegt das Hauptgewicht eines orthopädischen Schuhes auf die Schuhwölbung, die genau der Fusswölbung entsprechen muss. Dieselbe ist bei den gewöhnlichen und auch bei den bisherigen orthopädischen Schuhleisten meistens falsch, zu kurz, steigt zu plötzlich an und hört zu plötzlich auf und liegt zu weit nach vorne Die richtige Schuhwölbung wird entweder nach dem (schon früher referierten) Gipsleimleisten gefunden oder nach einem Gipsbreiabdruck mittels eines Fräsenapparats oder nach dem Augenmass auf einen Falzleisten übertragen. Zu letzterem dient eine auf dem Abguss angepasste Leder- oder Zelluloidplatte, die so lange auf den korrigierten Leisten aufgelegt wird, bis sie passt. Ist das Schuhgewölbe richtig, so kommt es nach L. auf die übrige Form des Schuhes nicht so an, nur muss der Absatz niedrig sein und die Achse des Schuhes etwas nach innen gehen. **Zander**-Berlin.



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:00 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

19) **Karl Colombo.** Ueber die Technik der vibratorischen Massage.

Wiener med. Presse. 1907. Nr. 39.

Verf. unterscheidet 1. Vibrationen, 2. Erschütterungen, 3. Harfengriff, 4. Propulsionen, 5. Sukkussionen.

Die Vibrationen wirken beruhigend und anästhesierend. Die anderen vier Handgriffe wirken der Ausdehnung der Schwingungen nach anregend auf die Sensibilität und vor allem die Motilität der Organe, an welchen sie angewendet werden.

Das beste Instrument für die Vibration sei die Hand. Man kann die Schwingungen der zahlreich angegebenen mechanischen oder elektrischen Vibrationen „humanisieren“, indem man sie auf den Unterarm des Vibrateurs überträgt und durch die Hand oder ein von dieser gehaltenes Instrument auf das Organ überträgt, dadurch werden die Mängel der Apparate ausgeglichen.

Die gewöhnliche Indikation ist die Linderung von Schmerzen, die Beruhigung sämtlicher spasmatischen Zustände der Organe und der Gewebe. Die Wirkung dürfte in einer ausgeprägten Zusammenziehung der Gefässe zu suchen sein, demnach ist darauf zu achten, dass wirklich nur Vibrationen, aber keine Erschütterungen angewendet werden. **Spitzy**-Graz.

20) **Calot** (Berck-sur-Mer). Le traitement pratique du torticolis.

Journal des Praticiens, 1907 No. 27.

Bis zum 6. Lebensmonat verwendet C. nur das manuelle Redressement des angeborenen Schiefhalses in einigen Sitzungen.

Von da an bis zu 3 Jahren gelingt ihm die Zerreissung der verkürzten Kopfnickersehne in Narkose.

Bei älteren Kindern macht er die subkutane Tenotomie des sternalen Muskelanteiles, das offene Verfahren erscheint ihm gefährlicher und unnötig. Die klavikulare Portion durchschneidet er nicht, sondern er dehnt sie ebenso wie die gesamten Weichteile bis zu den Ligamenten der Wirbelsäule.

Den Kopf fixiert er in überkorrigierter Stellung mit Hülfe eines elastischen Zuges, der an einer festsitzenden Kopfhaube angreift. Er zieht diese „Minerva“ dem Gipsverband vor.

Auch während der Nachbehandlung lässt er diese redressierende Vorrichtung wenigstens nachts tragen, daneben verordnet er Massage und Gymnastik. **Vulpius**-Heidelberg.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

21) **Gottstein** (Reichenberg). Ueber angeborene Skoliose.

Zeitschr. für orthopäd. Chirurgie. 18. Bd. 3.—4. H. S. 345.

Ein Fall von angeborener Skoliose, welcher 13 Brustwirbel, einen eingeschobenen Wirbel unterhalb des ersten Lendenwirbels und auf der Konkavseite 13, auf der Konvexseite 10 Rippen aufwies, gibt Verf. die Veranlassung, die Frage der kongenitalen Skoliose zu besprechen. Auf Grund der Veröffentlichungen der letzten Jahre kommt G. zu der Ansicht, dass die frühere Anschauung von der grossen Seltenheit der angeborenen Skoliose nicht zu recht bestehe, und dass in der Aetiologie der Skoliose leichte kongenitale Wirbel- und Rippenanomalien doch eine grössere Rolle spielen. Auch die sogenannte Halsrippenskoliose sei mehr durch Wirbelmissbildungen als durch die Halsrippe selbst bedingt.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

22) **Codivilla** (Bologna). La lotta contro la scoliosi.

Propaganda sanitaria 1907. Nr. 5.

Verf. zeigt die Wichtigkeit der frühzeitig gestellten Diagnose, da nur in den Anfangsformen die Therapie erfolgreich ist, und prägt deshalb den Aerzten die Aufforderung ein, die Aufmerksamkeit anf den Rücken der Kinder zu richten, welche sich in jenen Zuständen befinden, die für diese Deformität prädisponieren (Rekonvaleszenz von jedweder Krankheit, konstitutionelle Schwäche, Schule usw.)

Wird eine Skoliose in ihrem Anfang entdeckt, so sollten sofort die geeigneten Massregeln ergriffen werden. Auf diese Weise wäre der Kampf mit der Skoliose ein leichter: einige Formen würden vollständig bezwungen, bei anderen würde eine Verschlimmerung verhindert. Die Frühdiagnose ist eine leichte Aufgabe, welche in erster Linie den praktischen Aerzten und den Schulärzten zukommt und in zweiter Linie den Verwandten, Schullehrern, Kollegdirektoren und endlich allen denjenigen, die mit Kindern zu tun haben.

Buccheri-Palermo.

23) **Blenke** (Magdeburg). Ist das sogenannte „Skoliosenschulturnen“ zweckmässig oder nicht?

Zeitschr. f. orthop. Chir. 18. Bd. 3. u. 4. H. S. 329.

B. hat zur Klärung dieser Frage ein Rundschreiben an eine Reihe bekannter Orthopäden erlassen. Die Ergebnisse dieser Anfrage, sowie die Auszüge aus Veröffentlichungen anderer Autoren geben ein recht verschiedenes Bild. Während Lorenz, Hoffa,



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Joachimsthal, Vulpius und Lange zu der Ansicht neigen, dass ein Skoliosenschulturnen, aber nur unter Kontrolle eines Orthopäden und nur bei leichten Fällen zweckmässig sei, vertreten Müller, Schanz, Biesalski und Schulthess den Standpunkt, dass die Skoliose nur vom Arzt behandelt werden dürfe, da der Laie schwerlich einer solchen Sache gewachsen sei und auch eine zeitige Behandlung auf diese Weise leicht versäumt werde. Ausserdem sei Gefahr, damit Kurpfuscher in Massen gross zu ziehen. Verf. selbst ist der Ansicht, dass sehr wohl ein solches Turnen unter Leitung einer eigens ausgebildeten und dazu festangestellten Turnlehrerin erspriesslich sein könne. Auswahl der Fälle, Angabe der Behandlungsweise, sowie dauernde Kontrolle von Seiten des spezialistisch vorgebildeten Arztes ist dabei Bedingung. Verf. glaubt auf diese Weise die Nachteile zu vermeiden und zugleich für die weitverbreitete Krankheit der Skoliose eine ausreichende Behandlungsmöglichkeit geschaffen zu haben. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

24) **Dauwe** (Gand). Le traitement des scolioses par la méthode de Klapp.

La Belgique Médicale. 1907. Nr. 44, pag. 519.

D. beschreibt und illustriert die bekannten Uebungen nach Klapp, die er in Bonn gesehen hat.

Wenn D. am Schluss seiner Mitteilung die Bilder einer von ihm 2 Monate lang behandelten Skoliose wiedergibt, so kann man sich über solche Selbsttäuschung — die ist es doch hoffentlich? — nur verwundern. **Vulpius**-Heidelberg.

25) **Wunsch** (Berlin). Ein Skolioseapparat.

Deutsche med. Wochenschr. 1907. Nr. 40.

W. beschreibt einen von ihm erfundenen Stützapparat für leichte Dorsalskoliosen (anscheinend sind darunter nur unkompensierte verstanden). Der Apparat besteht aus einem Beckengurt, von dem aus auf der gesunden Seite ein Stab mit Achselkrücke nach oben geht. Von der Achselkrücke und der gleichen Seite des Beckengurts ziehen Bänder, welche die kranke (hochstehende) Schulter umfassen und sie nach unten und medialwärts ziehen. Der Apparat soll die tiefstehende Schulter mittels der Achselkrücke höher bringen und die hochstehende herabziehen, ohne die Muskulatur des Rückens und die Atmung wesentlich zu beeinträchtigen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

Generated on 2019-06-08 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

26) **Schöttl.** Ueber die Wechselbeziehungen zwischen Kyphoskoliose und Lungentuberkulose.
Diss. München 1907.

F. gibt das Sektionsprotokoll eines Falles wieder, bei dem infolge hochgradigster Kyphoskoliose in den stark komprimierten und dadurch anaemisch gewordenen Lungenteilen tuberkulöse Prozesse vorhanden waren, während die in der kyphotischen Ausbuchtung gelegenen stark hyperämischen Lungenpartieen völlig frei von jeglicher Tuberkelinvasion waren. Dieser Fall ist nach des Verf. Ansicht der beste Beweis dafür, dass im Körper solche selbstgeschaffenen hyperämischen Zustände der Lungen bei einigen Herz- und Lungenkrankheiten sowie bei Skoliosen und Kyphoskoliosen auftreten und gegen Tuberkulose schützen.

Blencke-Magdeburg.

27) **Hofstein.** Ueber Scoliosis ischiadica.
Diss. Freiburg 1907.

In dem vorliegenden Fall handelt es sich um ein 20jähriges Mädchen mit einer Erkrankung des linken Nervus ischiadicus mit den typischen Symptomen: Gleichzeitig bestand eine linkskonvexe Skoliose der Lenden- und unteren Brustwirbelsäule und eine unvollständig kompensierende Skoliose der oberen Brustwirbelsäule mit der Konvexität nach rechts. Es lag demnach ein Fall von heterologer Skoliose vor, mit deren Entstehungsweise sich dann H. noch eingehend beschäftigt. Er führt die zahlreichen Theorieen dabei an und versucht ihre Anwendung auf den vorliegenden Fall. H. hat nach Symptomen für eine Affektion des Plexus lumbalis gefahndet; es ist ihm aber nicht gelungen, auch nur die leiseste Andeutung für eine solche zu finden. Er ist der Ansicht, dass wohl am besten eine Einigung unter den Autoren zu erzielen ist, wenn alle von der Einteilung Bähr's ausgehen, nach der eine Skoliose bei reiner Ischias, eine Skoliose bei reiner Lumbago und drittens eine Mischform beider möglich ist. **Blencke**-Magdeburg.

28) **Ruggero** (Mailand). Contributo alla casuistica dell' ematorachia.
Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. XXVIII, Nr. 111, 1907.

Ein zur Sektion gekommener Fall, durch die die Diagnose auf Hämatorachie bestätigt wurde. Er stellt die Differentialdiagnose zwischen der Hämatomyelie und Hämatorachie. Schliesslich zeigt er, dass die Aetiologie durch Trauma ohne andere Ursache leichter Hämatorachie als Hämatomyelie erzeugt. **Buccheri**-Palermo.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

29) **Monzardo** (Montagnana). La chirurgia conservativa nei tumori della scapola.

Gazetta degli ospedali e delle cliniche 1907. Nr. 110.

Darlegung eines klinischen Falles, durch den gezeigt wird, dass die schonende Resektion zu vorzüglichen definitiven Resultaten führen kann, auch in Fällen von bösartigen Tumoren, sofern diese nur gut umschrieben sind. **Buccheri**-Palermo.

30) **Donati** (Bologna). Un nuovo metodo curativo della lussazione abituale della spalla.

La Medicina italiana 1907. Nr. 20.

Die neue Methode besteht in einer blutigen Operation. Nach Bildung eines Hautlappens längs des Randes des Deltoideus wird dieser Muskel zusammen mit den Mm. pectoralis minor, rotundus und infraspinatus von der Insertion abgelöst und emporgehoben, derart, dass die Kapsel der hinteren Seite blossgelegt wird: alsdann wird vertikal aus der hinteren Portion der Kapsel ein Stück von zwei cm. Breite exzidiert. Darauf werden die Ränder der Inzision gegen einander gebracht, über einander gelegt und stark mit Katgut vernäht, so dass dadurch ein dicker und resistenter fibröser Strang entsteht. Nachdem dann die Naht der übrigen Teile vervollständigt ist, wird das Glied mit Gipsverband immobilisiert. Nach 20 Tagen wird mit Bewegungen begonnen.

Die Methode, welche von Ghillini stammt, wurde in einem Fall vorgenommen und hat ihm einen vorzüglichen Erfolg gegeben.

Buccheri-Palermo.

31) **Vulpius** (Heidelberg). Die Arthrodese des Schultergelenkes.

Zeitschr. f. orthop. Chir. 19. Bd. 1. u. 2. H. S. 130.

Verhältnismässig selten befällt die spinale Kinderlähmung die obere Extremität, doch ist dann die Lähmung des Deltoides die weitaus häufigste Lokalisation der Erkrankung. Auch wenn dabei sämtliche Muskeln des Ober- und Unterarmes sowie die Schulterblattmuskulatur erhalten sind, ist die Funktionsstörung eine ganz erhebliche. Abhülfe schaffen kann da nur die Versteifung des Schultergelenkes in Abduktionsstellung, da dann der im Schultergelenk festgestellte Arm mit Hülfe der Schulterblattmuskulatur wieder bewegt werden kann. Auch die vorher geschwächten Armmuskeln erholen sich in erheblicher Weise. Wie gut die Funktion des Schultergelenkes, wenn es in Abduktionsstellung versteift ist, sein kann, zeigt



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verf. an drei Fällen, bei denen durch irgendwelche Affektion (Eiterung etc.) eine Ankylose des Schultergelenkes eingetreten war. Die gute Funktion bei diesen Pat. lässt die artifizielle Versteifung der Schulter als aussichtsvoll erscheinen, zumal da die bis jetzt noch in geringer Zahl ausgeführten Sehnenüberpflanzungen nicht immer hervorragende Resultate ergeben haben. V. gibt die Kranken- und Operationsgeschichten von 12 Fällen, sowie das Resultat der Nachuntersuchung, die 1¼—8½ Jahre nach der Operation stattfand. Die Operation war in den verschiedensten Lebensaltern (2—18 Jahre) vorgenommen worden. Das Verfahren bestand in Eröffnung des Schultergelenkes von einem vorderen Schnitt, gründlicher Anfrischung der Gelenkteile und Drahtnaht. Danach Gipsverband in starker Abduktion auf 3 Monate. Dann noch zur Nachbehandlung eine abnehmbare Lederhülse, die die Abduktionsstellung des Armes konserviert und Kräftigung der Schulterblattmuskulatur durch Gymnastik und Massage. Notwendig ist es, zwei Drahtnähte zu legen, eine allein ergibt keine sichere Ankylose. Bei vorliegenden 12 Fällen wurde 7 mal knöcherne, wie sich im Röntgenbild feststellen liess, und 3 mal gleichwertige feste fibröse Ankylose erzielt. Je ausgiebiger die Abduktionsstellung des Armes im Verbande ist, desto besser ist die Funktion. Passive Beweglichkeit war meistens eine ziemlich ausgiebige, die aktive Bewegung war etwa in ⅔ Umfang der passiven Exkursionsfähigkeit möglich. Aktive Hebung war im besten Falle bis 100° möglich, im Minimum 40°, die seitliche Hebung maximal 90°, minimal 20°, doch ist bei der Mehrzahl der Fälle die Exkursion nach vorn ca. 90°, die seitliche ca. 60°. Bei den allermeisten Pat. war vor der Operation die Funktion des Biceps und Triceps völlig erloschen, bei fast allen reagierte bei der Nachuntersuchung der Biceps auf den Willensimpuls, bei der Mehrzahl auch der Triceps. Verhältnismässig oft (in 6 Fällen) stiessen sich die Silberdrahtnähte sekundär ab. Bei vielen bestand auch eine Scoliose, doch war dieselbe zu verschiedenartig, als dass ein ätiologischer Zusammenhang angenommen werden könnte. Im grossen und ganzen dürfte bei richtiger Technik eine ganz erhebliche Besserung der Funktion zu erwarten sein.

Ottendorff - Hamburg-Altona.

32) **de Boer.** Zur Behandlung der habituellen Schulterluxation.

Diss. Göttingen 1907.

Verf. hat aus der ihm zugänglichen Literatur die Fälle von habitueller Schulterluxation zusammengestellt, die nach der Er-



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

scheinung der Kohlhaseschen Arbeit veröffentlicht sind, denen er noch vier weitere von Braun behandelte Fälle anreiht. An der Hand dieser bespricht er die Aetiologie, die Behandlung dieser Affektion und die erzielten Erfolge und im Anschluss hieran die Beziehungen der habituellen Schulterluxation zur Epilepsie.

Blencke-Magdeburg.

33) **Bruchi** (Ravenna). Lipoma del cavo della mano.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. XXVIII, Nr. 108, 1907.

Nach Darlegung eines klinischen Falles zeigt Verf. die Seltenheit und die Modalitäten dieser Lokalisation sowie die diagnostischen Schwierigkeiten der subaponeurotischen Lipome.

Buccheri-Palermo.

34) **Attlee.** A case of supernumerary digits.

Lancet 20. VII. 07.

A. bildet die beiden Hände eines Neugeborenen ab, die an den ulnaren Seiten des kleinen Fingers etwas zentralwärts vom 1. Interphalangealgelenk einen kleinen, etwas abgeschnürten Anhang zeigen, der nur aus Haut und Blutgefässen besteht und beiderseits einen wohlgebildeten Nagel zeigt. **Rauenbusch**-Heidelberg.

35) **Hammer** (Karlsruhe). Ueber die Behandlung von Fingerbrüchen.

Zentralblatt für Chirurgie. 1907. Nr. 40.

H. gebraucht als Verband bei Fingerfrakturen kleine Schienen, auf die er die Fragmente mit zirkulären Heftpflasterstreifen anbandagiert. Die beiden benachbarten Gelenke müssen ruhig gestellt werden, die Schienen werden auf der Streckseite befestigt, bei Wunden auf dieser auf der Beugeseite. Es wird zum Ausgleich einer seitlichen Dislokation noch eine Seitenschiene angelegt. Die zirkuläre Umschnürung ist nicht zu fürchten, wenn man den Verband erst nach Ablauf der ersten Periode, der zunehmenden Schwellung, anlegt. Der Verband bleibt 3 Wochen liegen. Bei komplizierten Frakturen werden die Schienen vorher sterilisiert und mit sterilem Mull gepolstert. **Zander**-Berlin.

36) **Preiser** (Hamburg). Die Roser-Nélatonsche Linie und die Ursachen und die Bedeutung des Trochanterhochstandes.

Zeitschrift f. orthop. Chirurgie. 19. Bd. 1.—2. H. S. 265.

P. hat nach vielen hundert Messungen an gesunden Leuten festgestellt, dass bei mehr wie der Hälfte ein Hochstand des Trochanters



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vorhanden war. 3—4 cm. Hochstand war dabei die Regel, 5—6 cm. ziemlich häufig. Maximum war 9 cm. Röntgenbilder ergaben ausser einer relativen Kürze des Schenkelhalses keine Abweichung vom Normalen. Da demnach die Ursache wohl im Becken liegen musste, so hat Verf. bei 103 weiblichen Skelettbecken genaue Messungen über die Stellung der Hüftpfanne vorgenommen. In 29 % (rachitisch) fand sich eine sehr flache frontal stehende Pfanne, welche sich entsprechend der verkürzten Konjugata der Wirbelsäule nähert und auch weil Spina und Tuber nach vorn und aussen gebogen sind, beim Lebenden einen Trochanterhochstand bedingen muss. Bei 43 % war das Becken normal, sodass die Nélatonsche Linie durch das Pfannenzentrum läuft. Bei den übrigen 28 % stand die Pfanne völlig lateral in sagittaler Richtung, sodass das Zentrum der Pfanne dorsal und auch medialwärts von der Nélatonschen Linie zu liegen kam. Beides bewirkt natürlich Hochstand des Trochanter. Es beruht demnach der Trochanterhochstand beim Fehlen einer Coxa vara 1) auf einer Pfannenstellung dorsal oder 2) medial von der Nélatonschen Linie 3) auf einer relativen Kürze des Schenkelhalses. Beide Pfannenstellungen sowohl die frontale wie die sagittale führen zu einer Rotation des Beines, um den Fuss grade nach vorn setzen zu können. Dadurch kommt ein Teil der überknorpelten Gelenkflächen ausser Artikulation, was die Grundlage zur späteren Arthritis deformans abgibt. Es wäre demnach der Trochanterhochstand bei Arthritis deformans keine sekundäre Erscheinung, sondern im Gegenteil das Primäre. Zur Bestätigung hebt Verf. hervor, dass er in 24 Fällen von einseitigem Malum coxae senile denselben Trochanterhochstand auch auf der gesunden Seite gefunden habe.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

37) **J. Klyneus** (Auvas). La coxa vara.

Journal belge de Radiologie. 1907. Nr. 5.

K. beschreibt einen Fall, den er als rachitischen auffasst, obwohl kein weiteres klinisches Symptom von Rachitis vorhanden ist.

Die Röntgenogramme zeigen indessen an verschiedenen anderen Gelenken Unregelmässigkeiten am Epiphysenknorpel.

Den Alsbergschen Winkel bestimmt man nach Kl. am besten so, dass man in Mittelstellung, in Aussen- und in Innenrotation des Beines Röntgen-Aufnahmen macht, und auf der Platte, welche den Neigungswinkel am nächsten beim rechten Winkel aufweist, den Alsbergschen Winkel misst.

Kaisin-Floreffe.


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

38) **Holding** (Albany). Coxa vara in distinction from hip-joint disease and congenital dislocations.

Albany Medical Annals. Sept. 1907, pag. 738.

Coxa vara ist nach A. die häufigste sekundäre Deformität nach Verletzungen im Bereich des Hüftgelenkes. Die primäre Coxa vara wird viel öfter übersehen als erkannt. Sie wird oft mit Coxitis, gelegentlich auch mit angeborener Luxation verwechselt.

Während bei Kindern eine Coxitis meist auf tuberkulöser Grundlage beruht, muss bei dem gleichen Leiden Erwachsener viel eher an eine Coxa vara osteo-arthritica = Malum coxae senile gedacht werden. **Vulpius**-Heidelberg.

39) **Preiser** (Hamburg). Ein Fall von doppelseitiger schnappender Hüfte, kombiniert mit willkürlicher Subluxation beider Schenkelköpfe.

Zeitschr. f. orthop. Chir., 18. Bd., 1.—2. H., S. 113.

P. berichtet über einen Fall, bei dem der Pat. willkürlich seit frühester Jugend durch Muskelaktion eine Subluxation des Femurkopfes zu Stande bringen konnte. Ausserdem werden noch zwei weitere Fälle angeführt, die Mutter des Pat. und ein anderer Fall, über den Deutschländer bereits s. Z. berichtete. Es fand die willkürliche Subluxation und ebenso die Reposition über den hinteren Pfannenrand statt und zwar beide Male mit einem deutlichen schnappenden Geräusch. Leichte Pedes valgi und Genua valga, sowie die Ueberstreckungsfähigkeit der Finger im Grundgelenk, sprechen für eine gewisse Schlaffheit der Gelenkbänder. Verordnung von Plattfusseinlagen verhinderte, anscheinend in Folge Aenderung der statischen Verhältnisse, wenigstens beim Gehen das Schnappen der Hüften. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

40) v. **Dembowski** (Wilna). Ein neuer Apparat zur Behandlung der Coxitis.

Zeitschr. f. orthop. Chir. 18. Bd. 3. u. 4. H. S. 342.

Zur ambulanten Behandlung der Coxitis ev. auch von Frakturen der unteren Extremität hat Verf. einen von Nélaton beschriebenen Apparat modifiziert.

Der Apparat besteht aus einer von einer Fussplatte ausgehenden Krücke, die bis in die Axilla der kranken Seite reicht. Von der Krücke geht ein Ring aus, der die gesunde Beckenseite umfasst und zugleich eine Perinealschlinge zur Kontraextension der gesunden Beckenseite trägt. Das kranke Bein wird mittels Lederhülse gegen



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Fussplatte extendiert, das gesunde Bein wird erhöht. Jedenfalls dürfte sich der Apparat zur Korrektur der Adduktions- und auch der Flexionsneigung eignen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

41) **Maicocchi** (Mailand). Frattura della rotula.

L'ospedale maggiore 1907, Nr. 7.

Es kamen 15 Fälle von Patellarfrakturen zur Beobachtung: 11 mal war die Läsion eine frische, 4 mal handelte es sich um alte Frakturen. Der jüngste der Patienten war 14 Jahre alt, das Frequenzmaximum fiel in das Alter von 45—60 Jahren.

Die die Fraktur bedingende Ursache war stets eine direkte oder wenigstens war das direkte Trauma immer im Spiel. In keinem Fall konnte einzig der Muskelzug angeführt werden, es handelte sich demnach stets um direkte oder gemischte Frakturen.

Der Schmerz fehlte niemals.

Die Alteration der Funktion war ebenfalls konstant, obschon nicht stets von gleicher Ausdehnung. Stets bestand Deformität des Knies, beruhend auf dem intraartikulären Erguss, dem Oedem der Decken usw. und nicht auf der Verlagerung der Fragmente.

11 mal war die Fraktur scharf transversal, 1 mal schräg, 2 comminutiv, 1 longitudinal. Der blutige Eingriff kam bei 10 der frischen Fälle zwecks Annäherung und Adaption der Fragmente zur Anwendung, und zwar genügte zumeist die Seide, ausnahmsweise wurde Silber- oder Golddraht verwandt; in nur einem Fall wurde die Cerclage mit Seidenfaden vorgezogen.

Bei den mit Naht behandelten Fällen trat vollständige Heilung ein; bei den fünf mit unblutigen Mitteln behandelten Patienten blieben stets mehr oder weniger schwere Störungen zurück. Es ergibt sich daraus als Folge, dass die Naht bei der Behandlung der Kniescheibenfrakturen die Methode der Wahl ist. **Buccheri**-Palermo.

42) **Schmidt** (Halle). Therapeutische Sauerstoffeinblasungen in die Kniegelenke.

Med. Klinik 1907. No. 37.

Verf. hat in einem Fall von wahrscheinlich tuberk. Erguss im Kniegelenk durch eine einmalige Sauerstoffeinblasung einen wesentlichen objektiven Erfolg erzielt, indem der Erguss, der bisher jeder Behandlung getrotzt hat, zum Verschwinden gebracht wurde. In einem zweiten Fall, der mit Sauerstoffeinblasung behandelt wurde, handelte es sich um chron. Gelenkrheumatismus mit zottiger Wucherung der Synovialis ohne Erguss, bei dem nur ein kurz dauernder subjek-



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tiver Erfolg, keine objektive Besserung eintrat. Verf. glaubt hiernach, bei beginnender Tuberkulose, günstige Resultate von der O-Einblasung erwarten zu können.

Zander-Berlin.

43) **Lilienfeld** (Leipzig.) Ueber die sogenannten Tarsalia, die inkonstanten accessorischen Skelettstücke des Fusses und ihre Beziehungen zu den Frakturen im Röntgenbild.

Zeitschr. f. orthop. Chir., 18. Bd., 1.—2. H., S. 213.

Verf. hat sich bereits mehrfach mit der Frage der inkonstanten Skelettstücke beschäftigt und darauf hingewiesen, wie leicht dieselben mit Frakturen verwechselt werden können und ebenso auch umgekehrt. Vorliegende Arbeit bezieht sich auf ein Material von ca. 700 Frakturen, bei denen diese Tarsalia als Nebenbefunde entdeckt wurden. Am häufigsten ist von diesen Gebilden das Os tibiale externum, von pyramidenförmiger Gestalt, welches sich direkt an die Tuberositas ossis navicularis anschliesst. Gegen Abrissfraktur spricht die glatte gelenkartige Begrenzung des Knochens gegen das Os naviculare und das überwiegend doppelseitige Vorkommen sowie sein Nachgewiesensein im knorpeligen Stadium. Das danach am meisten beobachtete ist das Os trigonum, das von rundlicher Gestalt als Fortsetzung des Processus post. tali der hinteren Gelenkfläche des Calcaneus für den Talus aufliegt. Das seltener vorkommende Os peroneum, welches unter dem Endteil der Peroneussehne am Os cuboideum liegt, ist bisher von allen, mit Ausnahme Pfitzners als Sesambein angesehen worden, ist aber doch ein Skelettstück, da es in ausgebildeter Form fast keine Verbindung mit den Peroneussehnen hat. Seine Gestalt ist wechselnd, meistens spindel- oder spangenförmig. Am seltensten fand Verfasser das Os intermetatarseum, proximalwärts vom Metatarsale I, etwas häufiger wieder das Os calcaneum secundarium in dem Raume zwischen Calcaneus, Caput tali, Naviculare und Kuboid. Ueber die noch viel seltneren Cuneiformen I bipartitum, Os vesalianum und Os sustentaculi konnte Verf. keine oder nicht genügende eigene Beobachtungen sammeln.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

44) **Alexander Wertheim.** Ueber traumatische Verrenkung des Fusses nach hinten, Luxatio pedis posterior.

Medycyna 65.

W. beschreibt einen Fall der traumatischen Verrenkung, die durch Ausrutschen und Einklemmung des Fusses zwischen zwei harten Gegenständen (Eisenbahnschiene und Perronwand) hervorge-



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

rufen wurde. Es entstand eine typische Luxation des Fusses nach hinten, verbunden mit einem Bruch des unteren Fibularendes. Eine Röntgenphotographie, die der Abhandlung beigegeben ist, illustriert den Fall sehr anschaulich. A. Wertheim behauptet, dass solche Fälle selten sind. Nach unserer Erfahrung (Referent) sind Luxationfälle mit Schienbein- oder Wadenbeinbruch doch gar nicht so selten.

Chlumsky-Krakau.

45) **Nippold.** Ueber die Verletzungen des Os naviculare pedis.

Diss. Jena 1907.

N. berichtet über 2 Fälle von Fraktur und Luxation des Os naviculare pedis, die er an der chirurgischen Poliklinik zu Jena zu beobachten Gelegenheit hatte, und bringt im Anschluss an diese eine kurze Zusammenstellung der bisher in der Literatur veröffentlichten Fälle von Subluxationsfrakturen des Os naviculare pedis durch direkte und indirekte Gewalt. Die Fälle, im ganzen 40 an der Zahl, sind in chronologischer Reihenfolge geordnet. Durch diese Zusammenstellung glaubt N. genügend den Beweis geführt zu haben, dass die Behauptung, diese Verletzungen der Fusswurzelknochen seien als äusserst selten anzusehen, die sich in den jetzigen Lehrbüchern der Chirurgie findet, nicht mehr aufrecht zu erhalten ist. N. hält diese Verletzung für gerade besonders typisch für die arbeitende Bevölkerung, denn in allen Fällen, in denen nähere Angaben über den Stand des Verletzten vorlagen, gehörte dieser den arbeitenden Klassen an, und N. glaubt jetzt mit Sicherheit annehmen zu dürfen, dass es eine grosse Menge von Fällen derartiger Verletzungen gibt, die einerseits bis jetzt noch nicht publiziert, andererseits aber infolge der bestehenden Schwierigkeiten zur rechten Zeit nicht richtig diagnostiziert worden sind. **Blencke**-Magdeburg.

46) **Motta** (Turin). Spätere Resultate der Calcaneusplastik in einigen Formen des angeborenen Klumpfusses bei Kindern.

Zeitschr. f. orthop. Chir., 18. Bd, 1.—2. H., S. 79.

Für diejenigen Fälle von Klumpfuss, die mit erheblichem Hochstand des Calcaneus einhergehen und die in Folge dessen der Korrektion ganz bedeutende Schwierigkeiten machen, hat Verf. ein operatives Verfahren angegeben, um diesen Fehler zu beseitigen und die Gestalt des Calcaneus zu einer normalen zu machen. M. inzidiert auf Achillessehne und Calcaneus, tenotomiert die Achillessehne und durchschneidet dann den hochstehenden Calcaneus



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in der Richtung von oben vorn nach unten hinten. Das abgeschnittene Stück, welches noch am untersten Zipfel festhängt, wird nach rückwärts geklappt, bis seine Schnittfläche nach oben sieht. Danach Hautnaht. Die danach erzielten Resultate sollen nach dem Bericht des Verfassers hervorragend gute sein. Zum Beweis dessen werden 2 Röntgenbilder (4 Jahre post operationem) beigegeben, die ganz normale Bildung des Calcaneus zeigen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

Kongressberichte, Vereinsnachrichten etc.

47) **Chrysospathes** (Athen). Die orthotischen Leiden in Griechenland. Referat erstattet im V. panhellenischen Kongress in Athen (April 1906).

Ch. leitet sein Referat mit dem Vorschlag ein, das Wort Orthopädie durch das Wort Orthotik zu ersetzen, also dieses von *ὀρθόω* (gerade richten) zu bilden, was allgemeiner, daher richtiger ist, als das Wort Orthopedie[1]) von *ὀρθῶς* und *πεδάω* (durch *πέδας*, Fessel, gerade richten) oder gar Orthopädie von *ὀρθῶς* und *παίς* (?) oder *ὀρθῶς* und *πεδεύω*, wo es dann Orthopaedeutik heissen müsste.

Er vergleicht seine innerhalb der ersten 4½ Jahre seiner Praxis beobachteten über 1000 rein orth. Fälle mit denen deutscher Statistiken (Schanz, Hoeftmann) und zieht daraus Schlüsse über die Häufigkeit der Knochentuberkulose, der Rachitis, der statischen Deformitäten, überhaupt der Deformitäten in Griechenland. Ueber die Resultate seiner Behandlungsweisen macht er keine näheren Angaben, da er dies für eine spätere Zeit sich vorbehält.

Was die Knochentuberkulose betrifft, fand er, dass dieselbe um 18,3% diejenige der deutschen Statistiken übertrifft, die mit der relativ grossen Verbreitung der Lungentuberkulose etwa gleichen Schritt hält und ihren Grund in den schlechten Wohnungs- überhaupt hygienischen Verhältnissen im Lande hat. Von den 276 Fällen von Knochentuberkulose entfielen 116 auf die der Wirbelsäule wie folgt: 7 im 1½—2½ Jahre, 68 im 3.—7., 28 im 18. bis 29. und 13 im 30.—68. Jahr.

Von selteneren Komplikationen dieser Krankheit seien erwähnt: Doppelter Gibbus 2 mal, gleichzeitige Coxitis und Tumor alb. cubiti

[1]) S. Zeitschr. f. chir. Orth. Bd. XI, Nr. 3.

Generated on 2019-06-08 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

1 mal, tödliche Suffokation wegen Senkungsabszessen im hinteren Mediastinum 1 mal und 1 mal plötzlicher Tod (Sektion nicht gestattet).

Ch. machte die ihm aus der Literatur über Spondylitis nicht bekannte, da nirgends erwähnte Beobachtung von einer ersten juckenden Anschwellung aller Fingerspitzen (Erythromelalgie) bei einer 55jährigen Frau und einem 2jährigen Kinde, welche beide paretische resp. paraplegische Erscheinungen und leichte Oedeme der unteren Extremitäten boten. Dieses Symptom führt Ch. auf Resorption aus lange bestehenden spondylitischen Abszessen zurück und hält es für ein prognostisch schlechtes Zeichen, da beide gen. Fälle letal endeten.

Tub. des Kreuzbeins, der Synostosis sacroiliaca und des Beckens beobachtete er je 1 resp. 2 mal.

Therapeutisch legt Ch. bei Spondylitis das grösste Gewicht auf möglichst lange Ruhe in einer die betroffenen Wirbel entlastenden Stellung, welche Behandlungsart zugleich gegen die Gibbusbildung gerichtet ist.

Von den 135 Tuberkulosen der Extremitäten fielen 3 auf Caries sicca des Schultergelenks, 18 auf Tub. des Ellenbogens resp. des Vorderarmes, 10 der Hand, 15 des Fusses, 31 des Knies, 58 der Hüfte, und die übrigen 25 der Drüsen und Haut. Von den 58 Koxitiden, zwischen dem 2. und 40. Jahre beobachtet, waren 20 mit Luxationen verbunden.

Ch. ist auch hierbei äusserst konservativ verfahren und hat gute Resultate erzielt. Operativ ist er, abgesehen von nötigen Punktionen und Auskratzungen, nur 5 mal vorgegangen und zwar zur Korrektion falscher Beinstellungen bei koxitischen Ankylosen. Er wandte dabei die schiefe Osteotomie an, bei welcher er 1 mal eine Verlängerung von nahezu 4 cm erzielte.

Von Interesse waren 2 Fälle leichtester Affektion der Hüfte bei kleinen Knaben, von denen der Bruder des einen an Spondylitis litt. Beide boten alle Symptome beginnender Koxitis dar, die auf Ruhigstellung des Gelenks relativ rasch zurückgingen. Bei dem andern dieser, nebenbei bemerkt in äusserst günstigen Vermögensverhältnissen befindlichen Knaben, stellte sich nach längerer Zeit vor Restitutio ad integrum ein leichtes Rezidiv ein, das wieder durch einfache Ruhe sich völlig beseitigen liess.

Die Rachitis war 135 mal in Ch.'s Statistik vertreten; davon entfielen 24 Fälle auf O-. 4 auf X-beine, 8 auf Kyphosen und 22 auf leichtere oder schwerere Vorwölbung des Sternums mit Einziehung der unteren seitlichen Thoraxpartien. Gefördert schien


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

diese letzte Deformität durch die oft zusammentreffende Mandelhypertrophie, die wiederum mit der in Gr. ziemlich verbreiteten lymphatischen Diathese zusammenzuhängen scheint. Auch Fälle von schwerer Rachitis hatte Ch. Gelegenheit zu beobachten gehabt, nämlich 9 mal schwere Kyphoskoliosen, davon 2 bei Geschwistern, 1 mal Skoliose bei 1jährigem Mädchen, 1 mal Coxa vara, 1 mal höchst unregelmässig geformten Hydrocephalus, 1 mal Genua valga schwersten Grades, 1 mal Infraktion des Oberschenkels bei Lähmung des anderen, schliesslich 1 Fall von schweren rachitischen Verbiegungen aller langen Knochen bei einem 2jährigen Kinde mit vorgeschrittener Cachexie, der das Kind auch erlag. Die übrigen Fälle betrafen äusserst leichte Grade von Knochenweichheit. Gerade diese Fälle bringen die Rachitis in Ch.'s Statistik auf 10,2 % mehr als in deutschen Statistiken. Dass Rachitis, wenn auch leichterer Grade, im Klima Griechenlands vorkommt, wo noch dazu die grösste Mehrzahl der Mütter ihre Kinder selbst stillt, spricht nach Ch.'s Auffassung für die Unhaltbarkeit dieser beiden, von Manchem als Ursache der Rachitis beschuldigten Faktoren. Ohne indess die fördernde Wirkung des kalten Klimas und der künstlichen Säuglingsernährung auf die Entwickelung dieses Leidens abzuleugnen, bes. im Verein mit schlechten Lebens- überhaupt hygienischen Verhältnissen, und an das Vorkommen der Rachitis auch in wohlhabenden Familien, wo alle bekannten Missverhältnisse wegfallen, denkend, glaubt sich Ch. zur Annahme einer spezifischen Diathese bei dieser Erkrankung wohl berechtigt. Deformitäten, die ihren Grund in Störungen des Nervensystems hatten, beobachtete Ch. 123, wovon 79 auf spinale Kinderlähmung und 22 auf Hemiplegie im Kindesalter entfielen. Die relative Häufigkeit dieser Art von Deformitäten (11,70 ‰, wobei 5 Beobachtungen allein von spastischem Torticollis) hängt vielleicht mit der bekanntlich grösseren Vulnerabilität des Nervensystems der Südländer zusammen.

Von den 22 Kinderhemiplegien waren 9 auf Trauma während der Geburt, 1 auf gleiches während der Schwangerschaft, die übrigen auf Encephalitis zurückzuführen. Von den Verletzungen der peripheren Nerven waren 5 traumatischer Natur, davon 3 während der Geburt entstanden.

Was die Behandlungsweise der Lähmungen betrifft, sah er selbst bei kleineren Graden derselben nur unbedeutende und dann vorübergehende Besserung bei rein orth. Behandlung. Die besten Resultate, was die Wiedererlangung der aktiven Beweglichkeit anlangt, hatte er bei Fällen, die sich zu Sehnentransplantationen



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eigneten. Bei 1 Arthrodese des Sprunggelenks erlebte er am 3. Tage der Operation (Anwendung von Elfenbeinstift) eine glücklich abgelaufene Hirnfettembolie. An Littlescher Krankheit Erkrankte beobachtete er 12. Die an einigen derselben vorgenommenen Tenetomien mit Korrektion der spastischen unteren Extremitäten vermochten zwar die Deformität in allen Fällen, nicht aber den charakteristischen Gang von Kranken mit schwereren Spasmen günstig zu beeinflussen.

Statische Störungen verzeichnet Ch. in seiner Statistik 110 mal, wovon 91 Skoliosen, 6 Genua valga und 13 Plattfüsse.

Interessant ist es, dass diese Art der Deformitäten 30,7 % weniger als in den deutschen Statistiken vorkamen, wovon wieder 18,9 % auf Skoliosen und 10,2 % auf Plattfüsse entfielen. Letztere sind im Vergleich zu ihrer grossen Häufigkeit in Deutschland als eine in Griechenland relativ selten zu beobachtende Erkrankung zu betrachten. Ob diese bei den statischen Deformitäten beobachtete günstige Zahl, auf klimatische Einflüsse und Lebensverhältnisse, vielleicht aber auch auf das nicht so häufige und frühzeitige Tragen vom Korsett zurückzuführen ist, lässt sich bei der nicht umfangreichen Statistik Ch's. nicht mit Bestimmtheit entscheiden.

Die von ihm beobachteten Skoliosen datierten vom 5. Lebensjahre ab, und waren beim weibl. Geschlecht doppelt so häufig vertreten, als wie beim männlichen. — Am meisten betroffen war von der Deformität der Brustteil der Wirbelsäule, dann diese ganz und in letzter Linie ihr lumbaler Teil primär. Runder Rücken war ziemlich oft vertreten, und einige Male mit Beginn von Skoliose zusammen. Therapeutisch legt auch Ch. mehr auf Kräftigung der Rückenmuskulatur als auf eine Stütze derselben Gewicht und wendet daher Korsett entweder bei vorgeschritteneren Fällen an, oder an leichteren nur dann, wenn solche Kinder nachlässig, oder den Besuch der Schule nicht aufgeben sollen. Seine Resultate sind bei den Kranken, die sich in regelrechte Behandlung gaben, als gute zu bezeichnen. — Ch. machte oft die Beobachtung, dass bei Skoliosen mit kompensatorischer Gegenkrümmung, das gute Resultat darin bestand, dass beide Krümmungen durch die orth. Behandlung eigentlich zunahmen, wodurch die Kompensation besser werde. (?) Dadurch besserte sich die Haltung, nicht aber die Deformität; also das Resultat war kosmetisch gut, anatomisch aber schlechter als vor der Behandlung. —

Genu valgum staticum hat er viermal bei Adolescenten nach Macewen operiert, bei Kindern nur durch rein orthop. Massnahmen korrigiert.



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei einem hochgradigen Pes planus-valgus an einem 12jähr. Jungen beseitigte er die Deformität durch Herausnahme eines Keils aus dem Naviculare.

Von den gewöhnlichen angeborenen Fehlern war in Ch's. Statistik Schiefhals fünfmal vertreten. Von diesen operierte er drei offen und behandelte ihre zervikale Skoliose mit bestem Resultate nach.

Von den 18 angeborenen Klumpfüssen waren 11 doppelseitig. sieben einseitig und einer mit Pes calcaneo-valgus der anderen Seite vergesellschaftet.

Er führte 15 mal das modellierende Redressement aus und hält dieses, selbst bei ganz kleinen mit Klumpfüssen höheren Grades behafteten Kindern, als das allen anderen, bisher vorgeschlagenen Methoden überlegen, da es einfach und bei einigermassen gutem Willen der Mütter durchführbar ist. Er verlor einen 1 ½ jährigen Jungen wegen Status thymicus, und einmal entstand bei einem doppelten Klumpfuss während der von den Eltern anscheinend mangelhaft ausgeführten Nachbehandlung Bewegungsstörung der Sprunggelenke in leichter Spitzfussstellung, zu deren Korrektion die Talusresektion vorgeschlagen worden ist.

Kongenitale Hüftgelenksluxationen untersuchte Ch. 78, wovon linksseitige 24 bei Mädchen und 9 bei Knaben, rechtsseitige 10 nur bei Mädchen; doppelseitige Luxationen hatten 32 Mädchen und 3 Knaben.

Ein Vergleich dieser Fälle mit ähnlichen anderen Statistiken ergibt, dass die doppelseitigen ungefähr ebenso häufig waren wie die einseitigen (32 : 34), während in der Regel die einseitigen Luxationen die doppelseitigen um das Doppelte übertreffen.

Eingerenkt hat Ch. 34 Gelenke bei 26 Patienten, also 8 doppelseitige. Das Alter dieser schwankte zwischen dem 2½—14., bei den einseitigen zwischen dem 2.—12. Jahre.

Ch. wandte ausschliesslich Lorenzs Methode an. Die Einrenkung ist ihm immer dabei gelungen, ausgenommen bei einem 14 jährigen Jungen, dessen eine Seite sich nicht reponieren liess. Frakturen hat er niemals zu beklagen gehabt, nur relativ oft Lähmungen, insbesondere des Peroneus, die er auf zu häufige Anwendung der Lorenzschen Schraube zurückführt. Er wendet daher diese nunmehr praeparatorisch und nur bei schweren Fällen und mit grösster Vorsicht an. Erwähnung verdient eine 11 jährige doppelte Luxation, die in einer Sitzung und ohne Vorbereitung sich einrenken liess. Was die Zeit der Retention betrifft, lässt Ch.



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kleinere Pat. den Gips oft bis zum 9. Monat tragen, während er bei älteren ihn so schnell wie möglich zu entfernen bemüht ist, wegen der bei diesen leicht eintretenden Kontrakturen resp. Ankylosen. Leichtesten Graden von Kontrakturen begegnete er sehr oft bei anatomischen Heilungen der Luxation, hingegen kam ihm die Hüftgelenksbeweglichkeit bei Transpositionen ausgiebiger denn normal vor, geringes Alter der Kinder vorausgesetzt. Auch machte er die Beobachtung, dass der vordere Typus der lux. cox. cong. viel häufiger vorkommt, als man es bisher angenommen hat, und zwar nicht nur bei jüngeren Personen, sondern auch bei älteren, so dass das Trendelenburgsche Phänomen wenig positiv, wenn nicht negativ ausfällt. Sehr augenfällig ist es dann bei solchen vorderen doppelseitigen Luxationen, dass die Lordose ganz fehlen kann. Seine therapeutischen Resultate stimmen mit den anderweitig vielfach erhobenen überein, wobei es ihm aufgefallen ist, dass trotz gleicher Behandlung aller Fälle einige, allerdings sehr wenige, von den wirklich geheilten gleich nach der Entlassung gut gehen, während andere, und das sind die zahlreichsten, einen gewissen Zeitraum und Nachbehandlung dazu beanspruchen.

Rheumatische und arthritische Deformitäten beobachtete Ch. 40 mal, d. i. 3,6 Prozent mehr als in den deutschen Statistiken, ein Beweis, dass Rheuma auch in südlichen Klimaten sehr verbreitet sein kann, insbesondere da, wo grössere Feuchtigkeit herrscht und der Temperaturwechsel häufig ist, resp. plötzlich erfolgt. Zu arthritischen Beschwerden, allerdings leichterer Grade, hält Ch. das heisse Klima geradezu disponierend, da das nach ihm das dem Organismus normaliter zukommende Flüssigkeitsquantum durch stärkere Transpiration stark herabgesetzt wird.

Unter dieselbe, d. h. rheumatische Rubrik bringt Chr. die Mehrzahl der Fälle von chronischer ankylosierender Wirbelsäulenentzündung, von welcher er 9 Fälle zu beobachten Gelegenheit hatte (bis zur Zeit der Abfassung dieses Referats sind sie auf 19 gewachsen). Die Scheidung dieser Erkrankung in Bechterews und Marie Strümpells Typus hält er nach Heranziehung auch seiner Fälle als willkürlich und gekünstelt, da die als pathognomonisch für den einen geltenden Symptome auch bei dem anderen beobachtet werden, und umgekehrt. Von Interesse ist es, dass ein Fall von diesen, nach der üblichen Therapie behandelt, ganz genesen ist. Bei einem anderen derselben mit Ankylose beider Hüftgelenke resezierte Ch. mit Erfolg die eine Seite.


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Den Rest der in seiner Heilanstalt beobachteten orth. Leiden bildeten diejenigen traumatischen u. a. Ursprungs sowie folgende seltenere orth. Fälle, und zwar, von denen angeborenen Ursprungs:

Fehlen der Clavicula einmal, Radiusdefekt zweimal, Femur defekt einmal, Pronation beider Arme bei Neugeborenen einmal (geheilt durch rein orth. Massnahmen), multiple Exostosen zweimal, Genu valgum zweimal, wovon das eine mal mit Kontrakturen der Flexoren, schliesslich starke Innenrotation der Beine einmal.

Von den selteneren erworbenen Deformitäten waren in der Statistik Ch.'s vertreten: Pectus carinatum zweimal, traumatische Spondylitis dreimal, Frakturen der Vorderarmknochen, des Femur und Lösung der oberen Epiphyse des Oberarmknochen während der Geburt je einmal, Luxatio ischiadica einmal, von den 12 Schenkelhalsfrakturen erfolgte eine spontan bei einem an leichter Tabes Leidenden, und eine bei einem älteren Syphilitiker nach Trauma erfolgte war auffallender Weise von unbedeutendster Schmerzhaftigkeit begleitet, einmal Luxationen des sternalen Endes einer Clavicula, nach rheumatischem Hydarthros des in Frage kommenden Gelenks, dorsale Luxation aller Zehen durch Verbrennungsnarbe auf dem dorsum pedis einmal, Coxitis nach Typhus zweimal, geheilt beide Male mit Restitutio ad integrum, von den 3 Fällen von Coxa vara war der eine von Innenrotation des Beines begleitet, während ein anderer durch anhaltende Belastung der Hüfte bei der Arbeit erfolgte, Parrots Pseudoparalyse einmal, Madelungs Krankheit einmal, intermittierendes Hinken einmal, Calcaneussporn bei 1 Rheumatiker einmal, seltene Form von Osteoarthropathia hypertrophica einmal, Wachstumsschmerzen zweimal. Fälle von akuter sowie chronischer Osteomyelitis beobachtete Ch. i. G. dreimal, was auf die Seltenheit dieser Infektion in Griechenland schliessen lässt, zumal ältere griechische Chirurgen dieselbe Beobachtung gemacht haben.

Selbstbericht.

48) **G. Moschos.** *Ἰατρικὸς Μηνύτωρ* Ἰου. 1907.

Biologische Gesellschaft in Konstantinopel.

Der Vortrag M's. über Idiotie bei Mongolismus im Kindesalter gibt in der Hauptsache die Differenzialdiagnose zwischen dieser Krankheit, dem Myxoedem und der Hirnsklerose.

Aetiologisch erwähnt M. das Vorkommen der Krankheit in Familien, wo nervöse vererbbare Leiden und Alkoholismus vorkommen. Als lokale Ursachen hebt er Trauma und schwere Aufregung in der Schwangerschaft, die Störungen im embryonalen Kreislauf her-



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

vorrufen sollen, dann Vergiftungen und Infektion, sowie Krankheiten der Gebärmutter hervor.

Bei der Beschreibung der patholog.-anatomischen Befunde beim M. erwähnt er Mikrogyrie ohne jegliche entzündliche, aber mit diffuser dystrophischer Degeneration, sowohl der grauen wie der weissen Substanz (bes. des Lobus frontalis, des hinteren Teils des Lobus parietalis, insbes. seiner inneren Gyri) und der Hirnhäute, die etwas verdickt, aber nicht sklerotisch angetroffen werden. Schliesslich besteht hier die glandula thyreoidea, während sie beim Myxoedem fehlt. Was die physischen Stigmata dieser Art von Kranken betrifft, so haben wir es bei diesen mit Mikro-brachycephalen zu tun, während bei Myxoedematikern der im Vergleich zum Körper vergrösserte Kopf von hinten nach vorne an Dicke abnimmt und die grosse Fontanelle bestehen bleibt. Die Nase ist nicht so platt wie bei dem Myxoedem, der Mund und die Zunge kleiner, und die Hände und Füsse nicht so dick als wie bei letzterem. An dem grossen Bauch fehlt der bei Myxoedematikern oft angetroffene Bruch und die Hypothermie ist hier nicht so ausgesprochen als wie bei Myxoedem, (36°/37 zu 35°/35°,5). In einem Drittel der Fälle begegnet man Kryptorchismus, und die chron. Blepharitis ist bei diesen Kranken häufig. Doch werden häufiger Knaben als Mädchen mit Mongolismus behaftet angetroffen. Die psychischen Stigmata des Mongolismus beruhen auf einem grösseren oder kleineren Grad von Idiotie, die aber an die Schwere der bei der Hirnsklerose anzutreffenden nicht reicht.

Auch fehlen hier die epileptischen Anfälle und Spasmen, und die Form der Extremitäten und ganz besonders des Kopfes ist anders als bei den an Hirnsklerose Leidenden. Der Charakter der in Rede stehenden Pat. ist finster und besteht oft bei ihnen Melancholie. Die Therapie, in der Hauptsache eine medizinisch-pädagogische, hat einen gewissen, d. h. relativen Erfolg.

Der Pat. des M. war ein 3jähriger Knabe, der hereditär nicht belastet war und welcher noch ein 4monatliches Brüderchen besass. Während seiner Schwangerschaft hat die Mutter viel Kummer durchgemacht. Sie hat dieses Kind bis zum 14. Monat selbst gestillt, vom 4. Monat aber ab auch andere Nahrung ihm verabreicht, was chron. Diarrhoe zur Folge hatte. Seine ersten Zähne bekam er mit 9 Monaten und hat bis zur Stunde nur 18 und diese cariös. Seine Länge beträgt 98 cm. Er geht kaum und dann nur an der Hand geführt. Er kann nur wenige zweisilbige Worte aussprechen und achtet auf seine Umgebung. Das Gesicht ist typisch für Mongolismus.


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hypertrophie der Zunge besteht nicht, und die Thyreoidea ist zu fühlen. Die Hände sind kurz und breit mit zylindrischen Fingern.

In der darauf folgenden Diskussion werden einige ähnliche Fälle, aber meist mit Makroglossie verbunden, mitgeteilt, bei welchen in der Hauptsache Lues als Ursache beschuldigt wird. Der Gang war bei diesen verlangsamt und eigenartig, was in der Degeneration der oben erwähnten Centren zu suchen sei.

Chrysospathes-Athen.

49) **Flörken.** Extremitätenmissbildungen.

Physik. mediz. Gesellsch. Würzburg. 6. VI. 07.
Nach Münch. med. Wochenschr. Nr. 31. Pag. 1558.

Fl. demonstriert teils an der Hand von Abbildungen, teils in vivo eine Reihe von Extremitätenmissbildungen:

a) 2 Fälle von Hexadaktylie.

b) 4 Monate altes Mädchen mit Oktodaktylie des linken Fusses. Jeder der 8 Zehen entspricht ein gut ausgebildeter Metatarsus. Die 1. und 4. Zehe besitzt je 2, die übrigen Zehen je 3 Phalangen. Nach Messung und Palpation zu urteilen, müssen auch die Tarsalknochen vermehrt sein.

c) 1 Fall von totaler Syndaktylie der rechten Hand.

Fl. bespricht dann die Kasuistik, Genese und Therapie der Polydaktylie.

Weiter demonstriert er einen Jungen mit Doppelbildung der Endphalanx der grossen Zehe und Crus varum congenitum, sowie ein Mädchen mit kongenitalem totalen Fibuladefekt, partiellem Defekt des fibularen Tarsus und der fibularen Zehen. **Stoffel**-Heidelberg.

50) **Zuppinger.** Fall von chronischem Gelenkrheumatismus bei einem zwölfjährigen Knaben.

Gesellsch. für innere Medizin in Wien. 7. III. 07.
Nach Deutsch. med. Wochenschrift 1907. Nr. 36, Pag. 14, 80.

Seit einem akuten Gelenkrheumatismus vor 8 Jahren mit Beteiligung der Kiefer- und Wirbelgelenke, Nackensteifigkeit und Kiefersperre. Fibrolysininjektionen erzielten eine wesentliche Besserung. **Stoffel**-Heidelberg.

51) **Poncet.** Der tuberkulöse Gelenkrheumatismus.

Société médicale des hôpitaux. 10. und 17. V. 07.
Nach Münch. med. Wochenschr. Nr. 29. Pag. 1460.

P. berichtet über weitere Beobachtungen, in denen eine Arthritis, die als rheumatische bezeichnet war, tuberkulösen Charakter aufwies



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und später in einen wirklichen Tumor albus und in eine typische fungöse Osteoarthritis überging. „Solche Fälle sind nur als eine allmähliche Erhöhung der infektiösen Virulenz aufzufassen.“ Auch die Entwicklung einer visceralen Tuberkulose (Meningitis, Lungeninfiltration, Pleuritis) im Verlaufe oder nach einem Gelenkrheumatismus hat P. gesehen. Nur sehr selten wurden in den betr. Gelenken Tuberkelbazillen gefunden.

Barbier und Milan stimmen Poncet bezüglich der Auffassung der tuberkulösen Natur des ankylosierenden Rheumatismus zu.

Stoffel-Heidelberg.

52) **Pfeiffer.** Multiple Periostitis typhosa.

Mediz. Gesellsch. Kiel, 2. II. 07.
Nach Münch. med. Wochenschr. Nr. 31. Pag. 1554.

Pf. stellt ein 23jähr. Mädchen vor, bei dem im Verlaufe eines schweren Typhus Schwellungen und Schmerzen am linken Oberschenkel, linken Unterschenkel und Orbitalrand, und nach Ablauf der Erkrankung, schmerzhafte Schwellung am linken Unterarm auftraten. Es fanden sich periostale Schwellung und Ulzeration an den betreffenden Knochen. Im Eiter konnten Typhusbazillen nachgewiesen werden. Nach Inzision schnelle Heilung, am Unterschenkel unter Abstossung eines kleinen Knochensequesters.

Stoffel-Heidelberg.

53) **Conrade.** Fall von Arthritis deformans.

Norsk Mag. H. Laegevidenskaben. 68. Jahrg. 1907, N. 9.
(Sitzung der med. Gesellschaft am 22. Mai 1907.)

Frau, 70 Jahre alt, immer unter guten Verhältnissen gelebt. Grosseltern, Eltern immer gesund. Selbst immer gesund mit Ausnahme eines Typhus, 18 Jahre alt. Ein Kind, immer normal menstruiert. Seit 20 Jahren Schmerzen in verschiedenen Muskelgruppen, hauptsächlich in den unteren Extremitäten. Später auch in Gelenken, und zwar in Knie- und Fussgelenken. Die Bewegung in den späteren Jahren bedeutend eingeschränkt. Versucht ausländische und einheimische Kurstellen, Lichtbäder, Elektrizität, Gymnastik, Massage mit kürzer oder länger dauernder Besserung. Vor 4 Jahren nach Aufenthalt in einem Schlammbade bedeutend verschlechtert, konnte weder stehen noch gehen. Empfindlichkeit, Schwellung, Muskelatrophie. Später Behandlung durch einen Masseur zweimal täglich, nach Behandlung des ersten Halbjahres konnte Patientin mit Krücken gehen. Nach einem Jahre mit zwei Stöcken, die sie im letzten Halbjahre entbehren konnte. Im Verlaufe des


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

3. Jahres konnte Pat. ausgehen, kann jetzt kleinere Spaziergänge machen. Die zwei letzten Sommer in Gastein. Die Gelenkschwellung immer abnehmend, die Muskelatrophie verbessert.

Das Radiogramm bestätigt die Diagnose und zeigt verschiedene intra- und periartikuläre Osteophytenbildungen.

Reinhardt-Natvig - Christiania.

54) **Schanz** (Dresden). Demonstration von chirurgisch-orthopädisch behandelten Lähmungen. Erste Jahresversammlung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte in Dresden 14. und 15. September.

Münch. med. Wochenschr. 1907. Nr. 43. p. 2157.

Zwei Krückengänger mit völlig gelähmtem Kniestrecker, der durch Transplantation der Beuger ersetzt wurde. Jetzt Gang ohne Stütze.

In 4 weiteren Fällen wurde durch Quadrizepsplastik gute Bewegungsfreiheit erlangt.

Ein Fall von pes equino-varus paralyt. wurde durch Verlagerung der Peroneussehne nach vorn von dem äusseren Knöchel korrigiert. Eine Schulterlähmung wurde durch Transplantation des Trapezius auf den Deltoideus gebessert. Bei 2 Kindern mit spastischen Lähmungen wurden Sehnen- und Muskeldurchschneidungen mit gutem Erfolge vorgenommen. **Ewald**-Hamburg.

55) L. **Pick.** Schiefhals (nach rechts geneigt). Verein für wissenschaftl. Heilkunde Königsberg. 29. IV. 07.

Nach Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 39, Pag. 1617.

11 jähriger Patient. Schiefhals seit dem 1. Lebensjahre infolge von Diphtherie, Muskel- oder Sehnenverkürzungen nicht nachweisbar. Während 3 Jahren gänzlich erfolglose orthopädische Behandlung des Patienten durch verschiedene Chirurgen. Schliesslich Entfernung der Gaumen- und Rachenmandeln, ebenfalls erfolglos. Vortragender findet nun Lähmung des linken Musculus obliquus superior; infolgedessen Doppelbilder; Beseitigung dieser durch Neigung des Kopfes nach rechts. Bei der Neigung des Kopfes nach links starkes Aufwärtsschielen des linken Auges und entsprechende Doppelbilder. Therapie: Tenotomie des rechten M. rectus inferior. Erfolg recht gut; das Doppelsehen ist beseitigt, die Neigung des Kopfes bedeutend vermindert. **Stoffel** - Heidelberg.

56) **Schürmann.** a) Bruch der Lendenwirbelsäule.

Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 26.

Ein Mann glitt auf einer Steintreppe aus und fiel mit der Lendenwirbelsäule hart gegen eine vorstehende Treppenstufe. Die



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Untersuchung ergab eine Kompressionsfraktur des 2. und 3. Lendenwirbels mit Zerstörung der Zwischenknorpelscheibe. Die Behandlung bestand in Bettruhe auf 8 Wochen, Gipsbett und Korsett. Gutes Endresultat.

b) Beckenbruch. Ein Mann wurde von einem Strassenbahnwagen gegen die Bordschwelle des Bürgersteiges geworfen. Dabei verspürte er starke Kreuzschmerzen. Der Hodensack und der Penis schwollen an, es trat Retentio urinae ein; starke Druckschmerzhaftigkeit links hinten handbreit von der Mittellinie und links vorn am Schambein. Blutiger Urin. Diagnose: Kompressionsfraktur des Beckens in der Gegend der linken Articulatio sacroiliaca und des Schambeins. Therapie: Bettruhe, schwerer Sandsack auf die linke Beckenseite. Gutes Endresultat. **Stoffel**-Heidelberg.

57) **Cohn.** Schulterblatthochstand.

Berliner med. Gesellsch. 10. VII. 07.
Nach Münch. med. Wochenschr. Nr. 29. Pag. 1458.

C. will auf Grund eines von ihm beobachteten Falles eine anatomische Grundlage zur Erklärung des angeborenen Schulterblatthochstandes schaffen. In dem betr. Falle fand sich zwischen 6. und 7. Halswirbel ein 3eckiges Wirbelrudiment. Das Schulterblatt muss um die Höhe des Keiles nach oben gezogen werden (M. levator scapulae). C. glaubt, dass der angeborene Schulterblatthochstand auf Wirbelanomalien beruhe, „die zwischen 5. Halswirbel und dem Brustwirbel lokalisiert sind, der durch eine Horizontale durch die obere Kante des Schulterblatts der normalen Seite gekennzeichnet ist.“

Stoffel-Heidelberg.

58) **Bassenge.** Schulterblatthochstand. Verein f. innere Med. Berlin, 27. V. 07.

Nach Deutsche med. Wochenschr. Nr. 25, Pag. 1025.

B. demonstriert einen 29jähr. Schneider mit linksseitigem, angeborenen Schulterblatthochstand. Die Skapula hängt nach links und vorn herunter. Der mediale obere Winkel imponiert als knöcherner Wulst in der linken Schulternackenlinie. Volle Beweglichkeit im Schultergelenk. Als Ursache ist angeborene Hemmungsmissbildung anzunehmen. **Stoffel**-Heidelberg.

59) **Jakobsthal** (Jena). Bruch des Tuberculum majus humeri.

Mediz. Gesellsch. Jena. 6. VI. 07.
Nach Münch. med. Wochenschr. Nr. 29. Pag. 1456.

Bei einem Pat., der vor 1/2 Jahre vom Rade auf die rechte Schulter gestürzt war und der über ständige Schmerzen in der


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vorderen Schultergelenkgegend besonders bei Bewegungen klagte, fand sich objektiv fast nichts Krankhaftes. Die Röntgenuntersuchung ergab aber entsprechend der oberen Begrenzung des Tuberculum majus eine deutliche Absprengung, es handelte sich also um einen unvollständigen Bruch des Tuberculum majus. Bis vor kurzem galt der isolierte Bruch des Tuberculum majus als grosse Seltenheit. Jetzt sind schon eine Reihe von Fällen bekannt. Bleiben nach Schulterkontusionen längere Zeit Beschwerden zurück, ohne dass klinisch am Knochen etwas nachweisbar ist, so wird man immer an diese Komplikation denken. **Stoffel**-Heidelberg.

60) **Martens**. Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. Sitzung am 15. Juli 1907.

Deutsche med. Wochenschr. 1907. Nr. 40. p. 1660.

teilt einen Fall von habitueller Schulterluxation mit, die schon etwa 400 Mal zu Stande gekommen war. M. hat am vorderen Rand der Achselhöhle die Gelenkkapsel freigelegt, ein elliptisches Stück der Kapsel exzidiert und die Ränder wieder mit Broncedraht vereinigt. Seit 1/2 Jahr keine Luxation, linker Arm kann alle Bewegungen machen.

Weiter zeigt M. einen Mann mit veralteter Schulterluxation und Abriss des Tuberculum majus. Nachdem er sämtliche Einrenkungsmethoden versucht hatte, schnitt er nach dem Vorgang Dollingers die Sehne des Subscapularis durch, worauf die Einrichtung nach der Kocherschen Methode leicht gelang. Nachträglich Bewegungsstörung wegen Knochenwucherung in der Umgebung der Kapsel. **Ewald** - Hamburg.

61) **Grunert.** Sarcoma humeri. Gesellschaft für Natur- und Heilkunde Dresden. 16. III. 07.

Nach Münch. med. Wochenschr. 1907. Nr. 23.

Im Anschluss an eine vor 3 Monaten am Oberarm erlittene Kontusion entwickelte sich ein Sarcoma humeri. Kurz vor der Operation war es zu einer Spontanfraktur im oberen Drittel des Oberarms gekommen. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein gemischtzelliges Sarkom, das anscheinend vom Periost aus sich entwickelte. **Stoffel** - Heidelberg.

62) **Fürnrohr.** Partielle Muskelatrophie. Nürnberger med. Gesellschaft. 4. V. 07.

Nach Münchener med. Wochenschr. 1907. Nr. 30. Pag. 1506.

F. berichtet über 2 Fälle von partieller Muskelatrophie an der oberen Extremität, bei denen wahrscheinlich die berufliche Be-

Generated on 2019-06-08 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

schäftigung als Ursache anzusehen ist. Der eine Pat., ein Maurer, musste bei seiner Arbeit mit dem linken Arm dauernd ein schweres Schaff mit Mörtel halten. Es bestand bei ihm eine Atrophie der kleinen Handmuskeln, der Muskeln des Kleinfinger- und Daumenballens, der Extensoren und in geringem Grade der Flexoren des Vorderarms.

Der andere Pat., ein Dachdecker, musste in den letzten Wochen mittels eines Seiles schwere Lasten in die Höhe ziehen. Es bestand bei ihm hochgradige Atrophie des Supraspinatus, Infraspinatus, des oberen Cucullaris, des Pectoralis major, des Deltoides und vielleicht des Serratus anticus.

Im Bereiche der atrophischen Muskeln bestanden Schmerzen. Die Kraft war bedeutend herabgesetzt. Elektrisch fanden sich teils quantitative Herabsetzung der Erregbarkeit, teils partielle Entartungsreaktion. Keine Sensibilitätsstörungen, normale Reflexe. Nur beim 2. Patienten waren die Patellarreflexe sehr schwach, die Achillessehnenreflexe gar nicht auslösbar. **Stoffel**-Heidelberg.

63) **Fischer.** Armwinkel des Menschen. Naturforscher-Gesellschaft Freiburg. 26. II. 07.

Nach Deutsche med. Wochenschr. 1907. Nr. 33, Pag. 1355.

Nach den Untersuchungen Nagels beträgt der Armwinkel, d. h. der Winkel zwischen der Längsachse des Ober- und Unterarms bei supinierter Hand beim Manne im Mittel 170°, beim Weibe 2° weniger. Die Ausführungen über die anatomischen Grundlagen des Winkels eignen sich nicht zu einem kurzen Referat. Die Arbeit erscheint in der Zeitschr. f. Morphol. und Anthropol.

Stoffel-Heidelberg.

64) **E. Hoffmann.** Isolierte Luxation des peripheren Endes der Ulna nach der Vola. Verein der Aerzte Düsseldorfs. 11. III. 07.

Nach Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 36. Pag. 1479.

Diese seltene Verletzung, die in der Literatur nur 22 mal bekannt ist, entstand durch direkte Gewalt und forcierte Supination. Nach vergeblichen Repositionsversuchen musste blutig vorgegangen werden. Die medico-mechanische Behandlung sicherte ein gutes Endresultat. Demonstration der Verletzung an einer anatomischen Tafel und im Röntgenbild. **Stoffel**-Heidelberg.



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

65) **A. Köhler.** Luxation beider Handgelenke. Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. 13. V. 07.

Nach Deutsche med. Wochenschr. 1907. Nr. 26, Pag. 1066.

Ein Mann stürzte von einem hohen Baume ab, von Ast zu Ast fallend. Dabei hatte er einen stärkeren Ast erfasst, musste ihn aber, da er in beiden Handgelenken einen schmerzhaften Ruck verspürte, loslassen. Beim Auffallen berührte er mit der rechten Schulter und den Füssen den Boden. Beide Hände standen in leichter Flexion, die distalen Enden des Radius und der Ulna ragten auf der Beugeseite, die proximale Handwurzelseite auf der Dorsalseite hervor. Reposition leicht. Gutes Endresultat. Wie das Röntgenbild zeigt, war rechts die Luxation ohne Knochenverletzungen vor sich gegangen, dagegen ist links ein kleines Stück der Radiusepiphyse abgebrochen.

Die Verletzung geschah wahrscheinlich durch Ueberzerrung und Ueberstreckung. Als der Zug nachliess, schnappten die Gelenkflächen aneinander vorbei. **Stoffel**-Heidelberg.

66) **Erben.** Eigentümliche Kontrakturstellung der Hand. Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien. (Innere Sektion). 18. IV. 07.

Nach Deutsche med. Wochenschr. 1907. Nr. 39. Pag. 1623.

Pat. wurde am 7. III. 07 in der Sitzung vorgestellt. Damals Meinungsverschiedenheiten bezüglich der Diagnose. Auftreten der Kontraktur gleich exzessiv. Sie war nie durch Wärme, Kälte, Faradisation oder passive Bewegungen zu beeinflussen. Keine Steigerung der Reflexe im Bereich der Kontraktur. Patient hat klonische Krämpfe auf äusseren Reiz hin, die bei Aufhören des Reizes verschwinden. Am Mittelfinger und an der Streckseite des Vorderarms anästhetische Zonen. In der Anamnese zahlreiche neuropathische Symptome. Daher Diagnose des Vortragenden: hysterische Kontraktur. **Stoffel**-Heidelberg.

67) **Frangenheim.** Klumphand. Verein für wissenschaftl. Heilkunde Königsberg. 4. II. 07.

Nach Deutsche med. Wochenschr. 1907. Nr. 29, Pag. 1195.

Es handelt sich um doppelseitige angeborene Klumphand von radiopalmarem Typus. Die Daumen stehen adduziert und opponiert, beide Vorderarme proniert, die Ellenbogengelenke sind teilweise versteift. Starke Fettentwicklung am ganzen Körper, geringe Sprachentwicklung. Keine sonstigen Missbildungen.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei der elektrischen Untersuchung war der Musculocutaneus nicht erregbar, die Oberarmmuskulatur reagierte nicht, am Unterarm war die Erregbarkeit der Strecker stark herabgesetzt, die der Beuger und Handmuskeln normal. Fr. spricht sich für einen neurogenen Ursprung des Leidens aus.

Die Handkontrakturen wurden durch Redressement mit folgenden Gipsverbänden beseitigt. **Stoffel**-Heidelberg.

68) **Enderlen.** Dupuytrensche Kontraktur.

Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 20.

Exstirpation der Fascia palmaris. Gestielter Lappen aus dem Scrotum. Guter Erfolg. Pat. kann nach 5/4 Jahren seine Arbeit als Pflasterer sehr gut verrichten. **Stoffel**-Heidelberg.

69) **Grünberg.** Luxatio coxae congenita. Altonaer ärztl. Verein. 20. III. 07.

Nach Münchn. med. Wochenschr. 1907. Nr. 29.

Gr. spricht unter Demonstration mehrerer Fälle über die Reposition angeborener Hüftgelenksverrenkungen und deren Heilungsresultate. Das Ideal ist die anatomische Reposition, die Transposition stellt nur einen Notbehelf dar. Die Innenrotationsmethode ist der Aussenrotation vorzuziehen. Behandlungsdauer im Verbande etwa 9 Monate. **Stoffel**-Heidelberg.

70) **Martens.** Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. Sitzung am 15. Juli 1907.

Deutsche med. Wochenschr. 1907. Nr. 40. p. 1660.

demonstriert einen Fall von spontaner Luxation des Hüftgelenks nach Scharlach. Im Anschluss an Scharlach hat sich ein Abszess in der Hüftgegend gebildet, der geöffnet wurde. Nachdem der Abszess geheilt war, konnte mit Leichtigkeit die Hüfte wieder eingerichtet werden. Der Pat. konnte die Hüfte bald wieder frei bewegen.

Ewald-Hamburg.

71) **de la Camp.** Aerztlicher Bezirksverein zu Erlangen. Sitzung vom 2. Juli 1907.

Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr. 43. p. 2163.

demonstriert einen 6 jährigen Jungen mit hochgradiger Littlescher Krankheit. Besonders hervorzuheben ist erstens eine linksseitige Hüftgelenksluxation, deren angeborener Charakter zweifelhaft erscheint; bei vorhandener Praedisposition ist sie wohl Folge des hochgradigen Adduktorenspasmus. Da die Beine sich deswegen kreuzen, ist Gehen unmöglich. Zweitens ist der Schädel, wahrscheinlich


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

durch die Zangengeburt, hochgradig verbildet. Da etwas Intelligenz vorhanden, muss zur operativen Behandlung geraten werden.

Ewald-Hamburg.

72) **Preiser.** Juvenile Osteoarthritis deformans coxae. Aerztl. Verein Hamburg. 28. V. 07.

Nach Münch. med. Wochenschrift. 1907. Pag. 1153.

Pr. stellt einen 38 jährigen Mann mit sogen. idiopathischen juveniler Osteoarthritis deformans coxae vor. Seit einem halben Jahre leichte Hüftschmerzen. Pat. hat niemals ein Trauma erlitten, war niemals hüftkrank gewesen und besitzt ein intaktes Nervensystem. Innenrotation, Flexion und Abduktion sind beschränkt. Bei Bewegungen leichte Krepitation in der Hüfte. Das Röntgenbild zeigt einen deformierten walzenförmigen Kopf in einer zu weiten Pfanne. Wahrscheinlich handelt es sich um eine kongenitale Missbildung. **Stoffel** - Heidelberg.

73) **Stieda.** Coxa valga adolescentium. Verein f. wissensch. Heilkunde Königsberg. 29. IV. 07.

Nach Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 39. Pag. 1617.

Lehrling. Steilstellung des Schenkelhalses, besonders links ausgeprägt, im Röntgenbild sehr deutlich zu erkennen. Erklärung der Entstehung hier nicht durch Belastung, wahrscheinlicher durch Muskelzug. **Stoffel** - Heidelberg.

74) **Draudt.** Kongenitale Defektbildung am rechten Oberschenkel bei einem 18jährigen Mädchen. Verein f. wissensch. Heilkunde in Königsberg i. Pr. 29. IV. 07.

Nach Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 39. Pag. 1617.

Vom Femur finden sich nur die Epiphysen, die distale ist mit der Tibia verschmolzen. Ferner fehlen Fibula, IV. und V. Zehe und ihre zugehörigen Mittelfussknochen. **Stoffel** - Heidelberg.

75) **Poppert.** Elephantiasis der unteren Extremitäten. Mediz. Gesellsch. in Giessen. 11. Juni 1907.

Deutsche mediz. Woch. 1907 Nr. 45. p. 1887.

35 j. Mann, seit den letzten Schuljahren lymphangitische Erscheinungen, die schliesslich zu ganz monströsen Verdickungen der Beine geführt haben. Keilförmige Excisionen und Abtragungen von hypertrophischen Hautwülsten haben nur vorübergehend Besserung gebracht.

Injektionen von Fibrolysin haben die Konsistenz der erkrankten Teile verringert und die Hautwülste schlaffer gemacht.

Ewald (Hamburg).



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

76) **Lindenstein.** Myxosarkom des Oberschenkels. Aerztl. Verein Nürnberg. 17. I. 07.

Nach Deutsche med. Wochenschr. 1907. Nr. 20. Pag. 830.

Beobachtet bei einem 20 jährigen Mann im Anschluss an eine Fraktur. Schon vor der Fraktur klagte Pat. über Schmerzen im Bein, sodass es sich wohl um eine Spontanfraktur handelte. Keine Konsolidation. Der Tumor umgibt den Oberschenkel und hat einen Durchmesser von zirka 10 cm. Exartikulation. Heilung.

Stoffel-Heidelberg.

77) **Arnolds.** Epiphysenlösung am Femur. Verein der Aerzte Düsseldorfs. 4. II. 07.

Nach Deutsche med. Wochenschr. 1907. Nr. 27, pag. 1117.

Bei 2 Fällen (Trauma von vorn auf den Oberschenkel bei gestrecktem Knie) hatte sich die Epiphyse um 90° um die Querachse nach hinten gedreht, die Diaphyse war in die Kniekehle disloziert. Der 1. Fall, der sofort in Behandlung kam, konnte unblutig reponiert werden, beim 2. Falle, bei dem die Verletzung schon 5 Wochen alt war, musste blutig vorgegangen werden. Da die im Kniegelenk rechtwinklig gebeugt stehende Epiphyse sich nicht mehr drehen liess, so mussten nach Resektion von 1,5 cm der Diaphyse die Fragmente in dieser Stellung zur Berührung gebracht und durch einen Gipsverband fixiert werden. Nach 14 Tagen wurde die Flexion allmählich verringert und das Bein schliesslich extendiert. Gutes Endresultat.

Stoffel-Heidelberg.

78) **Heinlein.** Zerreissung des vorderen Kreuzbandes. Nürnberger mediz. Gesellsch. 21. III. 07.

Nach Münch. med. Wochenschr. 1907. Nr. 29. Pag. 1457.

Bei einem Knaben, der beim Sprung auf das in Hyperflexionsstellung befindliche Knie gestürzt war, liess sich das Kniegelenk, das geringe Schwellung aufwies, leicht in Hyperextension (Genu recurvatum) bringen. Da ein Bruch nicht nachweisbar war, lautete die Diagnose auf Zerreissung des vorderen Kreuzbandes. Die Therapie bestand in Ruhigstellung des Beines (7 Wochen), Gehübungen und Tragen eines Schienenhülsenapparates. Nach 1 Jahr ist die Ueberstreckung ganz geschwunden, dagegen besteht geringe Beschränkung der Beugung.

In der Kniekehle zwischen Bicepssehne und Gefässbündel fühlt man eine wallnussgrosse knöcherne Prominenz. Woher dieser Knochenwulst stammt, kann H. nicht mit Sicherheit bestimmen.

Stoffel-Heidelberg.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

79) **Iselin.** a) **Traumatische, irreponible Kniegelenksluxation nach hinten und aussen. Med. Gesellschaft Basel. 7. III. 07.**

Nach Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 20. Pag. 831.

Bei einem Pat., der in eine Dohle getreten und mit dem linken Fuss oben hängen geblieben war, fanden sich starkes Vorspringen des Condylus internus femoris, Verschiebung des Tibiakopfes nach hinten und aussen und Luxation der Patella auf die Aussenseite des äusseren Condylus. Nach erfolglosen Reduktionsversuchen blutige Reposition. Das Repositionshindernis bestand in Einklemmung des Condylus internus femoris in einen Riss des Vastus medialis und der Fascia lata (Knopflochmechanismus). Sorgfältige Naht der Kapsel, des Muskels und der Fascie. Gutes Endresultat.

b) Schicksal irreponibler Kniegelenksluxationen an Hand einer veralteten, komplizierten Luxation nach hinten und aussen.

Die komplizierte Luxation entwickelte sich nach einem Trauma im Laufe von 10 Jahren. 6 cm Verkürzung, starke seitliche Beweglichkeit, gute Funktion, elastischer Gang, Arthritis deformans der Femurgelenkfläche, rezidivierende Gelenkergüsse. Unser heutiges Verfahren bei irreponiblen und veralteten Kniegelenksluxationen besteht im allgemeinen in der blutigen Reposition.

Stoffel - Heidelberg.

80) **P. Büll.** Osteoma parapatellare.

Norsk Mag. f. Laegevidenskaben. 68. Jahrg. 1907, Nr. 9.
(Verhandlungen der med. Gesellschaft; Sitzung am 27. Mai 1907.

S. S. 26 Jahre alt, Dampfschiffsmaschinist.

1. Historia morbi: Glitt im Oktober 1905 aus, fiel vorwärts gegen eine eiserne Türschwelle, die unterhalb der Patella traf. Das Gelenk schwoll sogleich an, ebenfalls ein Teil der Wade. Nach dem Abschwellen hielt sich unterhalb des unteren Randes der Patella eine „Geschwulst", die er die 6 letzten Wochen seitwärts bewegen konnte. Die ganze Zeit hat er seine Arbeit verrichten können. Keine nennenswerten Schmerzen, wenn das Knie nicht über einen Rechten gebogen wird. Vor dem Trauma ist das Gelenk gesund gewesen. Von der Kindheit an hat er im unteren Teile des rechten Femur an der Innenseite eine Exostose gehabt.

4. Mai 1906: Status praesens:

Kräftig gebaut, kein Exudat im rechten Kniegelenk. Die Femurmuskulatur nicht atrophisch. Ligam. patell. inf. und der untere Rand der Patella sind von einem wallnussgrossen, sehr festen,



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tumor vorgewölbt. Der Tumor an der vorderen Seite fest, knochenhart, an den Seiten fibrös, scharf abgegrenzt. Er ist von dem unteren Rande der Patella abgrenzbar, lässt sich etwas seitlich verschieben. Flexion über einen Rechten schmerzhaft. Der Tumor verschwindet hierdurch beinahe vollständig. Die Exostose oberhalb des inneren Condylus des rechten Schenkels ist 4 cm lang, fingerdick.

Das Röntgenbild, sagittal genommen, zeigte hinter dem unteren Rande der Patella einen dreieckigen Schatten, 2,5×2,5 cm gross. Basis vorwärts gerichtet, die Spitze im Gelenkspalt zwischen Femur und Tibia.

Bei der Exstirpation am 12. Mai zeigte sich, dass der Tumor von einer Kapsel umgeben war und sich leicht ausschälen liess. Von dem Gelenk war er nur durch Synovialis abgetrennt. Die exstirpierte Exostose mass 4×3,5×3 cm, zeigte ein spongiöses Knochengewebe, fester als man nach dem Röntgenbilde vermuten sollte.

In Virchows Jahresberichten für die letzten 30 Jahre sind nur 2 ähnliche Fälle erwähnt: 1) Annandale (On a Case of large osseous tumour removed successfully, with antiseptic precautions, from under the ligam. patella. Brit. med. Journal. Febr. 1876. Virchows Jahresbericht 1876. Ref.) 2) Lejars (Ostéome volumineux du ligam. patell. Bull. mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris. Séance 10 Février 1897. Centralblatt f. Chirurgie 1898. Ref.)

Vortr. meint, dass der Patient einen „überflüssigen“ Knorpelkern, eine rudimentäre Nebenpatella gehabt hat, die aus dem einen oder anderen Grunde zum Proliferieren gebracht worden ist. Hier muss wohl dem Trauma eine gewisse Bedeutung zugelegt werden. Folgende Momente stützen die Annahme: Die Exostose von der Kindheit an am unteren Ende des Femurs wird allgemein einer angeborenen Anlage zugeschrieben; der Tumor unterhalb der Patella war nur von Synovialis bedeckt; ausserdem war der knöcherne Tumor von einer Knorpelkapsel umgeben, was dafür spricht, dass der Tumor sich aus einer knorpligen Anlage gebildet hat.

Reinhardt-Natvig-Christiania.

81) **Martens.** Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. 15. Juli 1907.

Deutsche med. Wochenschr. 1907. Nr. 40. p. 1661.

2 Präparate von Meniskusverletzungen. Abreissung eines grossen Stückes, einmal des medialen, einmal des lateralen Meniskus. Exstirpation — fast normale Funktion. **Ewald** - Hamburg.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

82) **Löhrer.** Pathologie der Fettgewebswucherungen. Mediz. Gesellschaft in Giessen. 11. Juni 1907.

Deutsche med. Wochenschr. 1907. No. 45. S. 1886.

34 jährige Frau mit entzündlicher fibröser Hyperplasie des unter dem Lig. patellae gelegenen Fettgewebes (Hoffa), kombiniert mit einem isolierten solitären Lipom am linken Kniegelenk. Exstirpation. Heilung.

Ewald-Hamburg.

83) **Martens.** Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. Sitzung am 15. Juli 1907.

Deutsche med. Wochenschr. 1907. Nr. 40. p. 1661.

stellt 2 Fälle von Kniegelenkstuberkulose mit extrakapsulärer Resektion vor. Sie hat den Vorteil, dass eventueller Eiter im Kniegelenk nicht die Wunde bespült. Die Verkürzung war bei beiden Patienten (Erwachsenen) nicht sehr gross ($4^1/_2$ cm), die Funktion des operierten Beines ist eine sehr gute. **Ewald** - Hamburg.

84) **Chiari.** Tuberkulöse Cavernenbildung in der Patella. Aerzteverein Strassburg. 28. II. 07.

Nach Deutsche med. Wochenschr. 1907. Nr. 33, pag. 1355.

Bei einer Frau, die angeblich vor 4 Jahren einen Tritt von einer Kuh vor das linke Kniegelenk erhielt, entwickelten sich Schmerzen und Schwellung des Gelenkes, desgleichen eine Fistel an der Vorderseite der Patella. Bei der Operation erwies sich die Patella als eine bis auf eine dünne Rindenschicht mit Käsemassen erfüllte Caverne, die durch eine kleine Durchbruchsstelle mit dem Kniegelenk kommunizierte. Die Synovialis des letzteren war mit frischen miliaren Tuberkeln übersät. Resektion des Gelenkes.

Stoffel - Heidelberg.

85) **Pellering.** Luxatio tibiae postica. Verein der Aerzte Düsseldorfs. 15. IV. 07.

Nach Deutsche med. Wochenschr. 1907. No. 39. Pag. 1620.

Interessante Entstehungsweise. 36 jährige Patientin. Seit drei Vierteljahren Spondylitis tuberculosa der unteren Brustwirbel. Harn- und Stuhlverhaltung, Paraplegie der unteren Extremitäten, spontane klonische Zuckungen in der Beugemuskulatur des linken Unterschenkels. Entstehung: zuerst paralytische Subluxation der linken Tibia; allmählich vollständige Luxation durch die starken Zuckungen im Gebiet des Trizeps, Semimembranosus und Semitendinosus. **Stoffel** - Heidelberg.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

86) **Böttlcher**. Angeborener totaler Defekt der rechten Fibula. Mediz. Gesellsch. in Giessen. 11. Juni 1907.

Deutsche med. Woch. 1907 Nr. 45. p. 1887.

Hereditär nichts nachzuweisen, Kind sonst kräftig und gesund Schwangerschaft ungestört. Rechts Unterschenkel etwas verkürzt Fibula fehlt. Tibia etwas unterhalb der Mitte in scharfem Winkel geknickt, über der Knickungsstelle liegt an der Konvexität des Schienbeins eine tiefe Narbe. Fuss in Valgusstellung, Metatarsale V und kleine Zehe fehlen. Patella normal. Am Tarsus kein Defekt. Genese nach B.'s Auffassung durch „pathologische mechanische Einwirkungen des erkrankten Amnion" (Verwachsungen, Fäden). Die Narbe am Schienbein stützt die Hypothese. Behandlung: Zunächst Fussstellung durch redressierende Verbände bessern. Wenn das Kind älter geworden ist, soll die Winkelstellung der Tibia durch Osteotomie beseitigt werden, (gibt erfahrungsgemäss meist eine Pseudarthrose! Ref.) Auch will B. durch Längsspaltung der Tibia und Einpflanzung des Talus zwischen dic beiden Hälften eine künstliche Malleolengabel herstellen. **Ewald**-Hamburg.

87) **Mönckeberg**. Grosse Knochencyste der Fibula.

Med. Gesellsch. Giessen. 7. V. 07. Nach Deutsche med. Wochenschr. 1907. Nr. 31, Pag. 1271.

Ein 14jähr. Knabe bemerkte seit 2 Jahren eine harte Anschwellung in der linken Wade. Bei der Untersuchung fand sich eine spindelförmige, von der Fibula ausgehende Geschwulstbildung. Die Operation ergab eine einkammerige Cyste, die mit klarer, rötlicher Flüssigkeit gefüllt war. Die Fibula wurde bis auf den obersten Abschnitt exstirpiert. Bezüglich der Genese spricht der histologische Befund (nirgend Geschwulstelemente) gegen die Annahme eines früheren eingeschmolzenen Knochensarkoms. Eher ist der Prozess nach v. Recklinghausen als Ostitis fibrosa mit Tumor- und Cystenbildung anzusprechen. **Stoffel**-Heidelberg.

88) **Preiser.** Knochengummata. Aerztlicher Verein Hamburg. 5. II. 07.

Nach Deutsche med. Wochenschr. Nr. 29, Pag. 1197.

Bei einem 8 jährigen Jungen besteht seit $1^1/_2$ Jahren eine Schwellung des distalen Unterschenkeldrittels. Bei der Untersuchung war das distale Drittel der Fibula stark aufgetrieben, auf Druck schmerzhaft, die Haut heiss und gerötet. Auf der Röntgenplatte sah man die Fibula, die um das Doppelte verbreitert war, von vielkammerigen, zystenartigen Aufhellungen durchsetzt. Das Periost


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

war nicht beteiligt. Differentialdiagnose zwischen malignem Tumor, Zyste und Gumma. Quecksilber und Jod wurden verabreicht. Der Prozess ging allmählich zurück, sodass jetzt nur noch ein einziges Gumma, eine kirschgrosse Zyste, besteht. Demonstration mehrerer Röntgenbilder. **Stoffel**-Heidelberg.

89) **Lindenstein.** Sarkom der Tibia.

Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 20.

Im Anschluss an einen Fall entwickelte sich im Laufe eines halben Jahres ein mehr als doppeltfaustgrosser Tumor, der sich als ein periostales Sarkom erwies. Die Amputation des Oberschenkels mit Drüsenausräumung in der Inguinalgegend brachte Heilung.

Stoffel-Heidelberg.

90) **Thöle.** Aerztl. Verein Danzig. 2. V. 1907.

Deutsche med. Wochenschr. 1907. Nr. 40. 1662.

Ganglienbildung im Nerv. peron. prof. mit Peroneuslähmung. Behandelt mit Nervenpfropfung.

1. Zyste exzidiert, ein Drittel von Nerv. tibialis abgespalten, Ende in Schlitz des Nerv. peron. Nach 6 Monaten erste aktive Bewegung im tibialis ant. und ext. hallucis, später Wiederkehr der faradischen Erregbarkeit.

2. Ganglion exzidiert, Einpflanzung des Muskelastes des Soleus in d. Nerv. peroneus. Bisher kein Erfolg. **Ewald**-Hamburg.

91) **Vorschütz.** Schwere Distorsionen des Fussgelenks.

Aerztl. Verein zu Köln, 18. II. 07.

Münchener med. Wochenschrift. 1907. Pag. 1555.

V. beweist an der Hand von Röntgenbildern, dass bei schweren Distorsionen im Fussgelenk nicht selten eine messbare (mittels einer Schubschere, deren Branchen senkrecht auf den zum Unterschenkel im rechten Winkel stehenden Fuss aufgesetzt werden) Diastase zwischen Tibia und Fibula auftritt. Da die Festigkeit des Sprunggelenks infolge der Erweiterung der Unterschenkelgabel geschädigt ist, kommt es leicht zu Plattfussbildung. Die Therapie besteht in Extension nach Bardenheuer (12 Tage lang), Supinationsübungen des Fusses und in Anwendung von heisser Luft. Der Fuss darf vor Ablauf von 3 Wochen nicht belastet werden.

Stoffel-Heidelberg.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

92) **Jakobsthal.** Luxationsfraktur des Os naviculare pedis. Med. Gesellschaft Jena. 6. VI. 07.

Nach Münch. med. Wochenschrift. Nr. 29, pag, 1456.

Da bei der Luxationsfraktur des Os naviculare das anatomische und klinische Bild sich in vielen der bis jetzt beobachteten Fälle (2 von Jakobsthal) getreu wiederholt, so kann man bei dieser Verletzung von einer typischen Fussverletzung sprechen. Die indirekte Luxationsfraktur erfolgt durch Sturz bezw. Sprung aus der Höhe. Der Fuss, der in Spitzfussstellung den Boden berührt, wird von 2 Seiten her komprimiert, von den Zehen her durch den Anprall gegen den Boden und von der Ferse her durch das Gewicht des Körpers (in dem einen Falle von J. war es eine auf die Ferse fallende Kiste). Durch diese Gewalten wird das Naviculare dorsal aus dem Fussgewölbe herausgedrängt. Meistens erleidet es dabei auch eine Kompressionsfraktur, selten handelt es sich um eine reine Luxation.

Bei mässiger Dislokation kann bei rein exspektativem Verhalten ein gutes funktionelles Resultat erzielt werden. Unblutige Repositionsversuche waren sehr selten von Erfolg begleitet. Die Resektion und Exstirpation des Naviculare zeigten gute Resultate.

Stoffel-Heidelberg.

Personalnotizen.

Der Privatdozent der Orthopädie in Würzburg Dr. J. Riedinger erhielt den Titel eines a. o. Professors.

In Amsterdam hat sich Dr. H. Timmer als Privatdozent für Orthopädie habilitiert.

Tagesnachrichten.

Die Zeitschrift für orthopädische Chirurgie wird nunmehr von Prof. W. Joachimsthal als alleinigem Redakteur herausgegeben werden.

Der IV. Kongress der deutschen Röntgen-Gesellschaft wird unter dem Vorsitz von H. Gocht-Halle a. S. am Ostermontag, den 20. April 1908, im Langenbeckhaus in Berlin stattfinden.

Allgemeines Thema: Der Wert der Röntgenuntersuchungen für die Frühdiagnose der Lungentuberkulose. Referenten: Rieder-München und Krause-Jena. Mit dem Kongress wird eine Röhrenausstellung vorwiegend historischen Charakters verbunden sein.

Anmeldungen für Vorträge, Demonstrationen usw. sind an den Schriftführer der Gesellschaft, Herrn Dr. Immelmann, Lützowstr. 72, Berlin W. 35, zu richten.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:01 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

konsistenz. — 3) **Poncet,** Tuberkulose und Spätrachitis. — 4) **Luther,** Brüche der Röhrenknochen und ihre Heilung. — 5) **Schnurpfeil,** Spiralfrakturen. — 6) **Hagenbach-Burkhardt,** Muskelschlaffheit und Gelenkschlaffheit. — 7) **Sterling,** Poliomyelitis mit Beteiligung der Pyramidenbahn. — 8) **Tarantini,** Mechanische Wirkung der Bierschen Stauungshyperämie. — 9) **Tillmanns,** Allgemeine Frakturenbehandlung. — 10) **Fischer,** Bardenheuersche Extensionsbehandlung. — 11) **Schäffer,** Heilung von Pseudarthrosen durch Klopfung. — 12) **Kaisin,** Sauerstoffeinspritzung bei Röntgenaufnahmen. — 13) **Pazeller,** Unblutige Nervendehnung bei Neuritis. — 14) **Roeder,** Umfangreiche Nervenresektion ohne Lähmung. — 15) **Calot,** Osteomyelitis. — 16) **Becker,** Fibrolysinkuren. — 17) **Ghiulamila,** Kyphose der Wirbelsäule — Coxitis — Abnorme Flachheit der Pfanne — Metacarpal- und Trapezfraktur. — 18) **Lengfellner,** Orthopädisches Schuhwerk. — 19) **Colombo,** Vibratorische Massage. — 20) **Calot,** Behandlung des Schiefhalses. — 21, 22) **Gottstein, Codivilla,** Angeborene Skoliose. — 23) **Blenke,** Skoliosenschulturnen. — 24) **Dauwe,** Klappsche Skoliosenbehandlung. — 25) **Wunsch,** Skoliosenapparat. — 26) **Schöttl,** Kyphoskoliose und Tuberkulose. — 27) **Hofstein,** Scoliosis ischiadica. — 28) **Ruggero,** Hämatorachie. — 29) **Monzardo,** Resektion von Tumoren der Scapula. — 30) **Donati,** Neue Methode zur Heilung von Brüchen. — 31) **Vulpius,** Arthrodese des Schultergelenks. — 32) **de Boer,** Habituelle Schulterluxation. — 33) **Bruchi,** Subaponeurotische Lipome. — 34) **Attlee,** Ueberzählige Finger. — 35) **Hammer,** Fingerbrüche. — 36) **Preiser,** Die Roser-Nélatonsche Linie und der Trochanterhochstand. — 37, 38) **Klyneus, Holding,** Coxa vara. — 39) **Preiser,** Schnappende Hüfte. — 40) **von Dembowski,** Apparat zur Koxitisbehandlung. — 41) **Malcocchi,** Patellarfrakturen. — 42) **Schmidt,** Sauerstoffeinblasungen in die Kniegelenke. — 43) **Lilienfeld,** Inkonstante Skelettstücke und Frakturen im Röntgenbild. — 44) **Wertheim,** Traumatische Fussverrenkung nach hinten. — 45) **Nippold,** Verletzungen des os naviculare pedis. — 46) **Motta,** Calcaneusplastik bei Klumpfuss.

Aus Kongress- und Vereinsberichten: 47) **Chrysospathes,** Orthotische Leiden in Griechenland. — 48) **Moschos,** Idiotie bei Mongolismus im Kindesalter. — 49) **Flörken,** Extremitätenmissbildungen. — 50) **Zuppinger,** Chronischer Gelenkrheumatismus bei zwölfjährigem Knaben. — 51) **Poncet,** Tuberkulöser Gelenkrheumatismus. — 52) **Pfeiffer,** Multiple Periostitis typhosa. — 53) **Conrade,** Arthritis deformans. — 54) **Schanz,** Chirurgisch-orthopädisch behandelte Lähmungen. — 55) **Pick,** Schiefhals. — 56) **Schürmann,** Bruch der Lendenwirbelsäule. — 57, 58) **Cohn, Bassenge,** Schulterblatthochstand. — 59) **Jakobsthal,** Bruch des Tuberculum majus humeri. — 60) **Martens,** Schulterluxationen. — 61) **Grunert,** Sarcoma humeri. — 62) **Fürnrohr,** Partielle Muskelatrophie. — 63) **Fischer,** Armwinkel des Menschen. — 64) **Hoffmann,** Isolierte Luxation des peripheren Endes der Ulna nach der Vola. — 65) **Köhler,** Handgelenksluxation. — 66) **Erben,** Kontrakturstellung der Hand. — 67) **Frangenheim,** Klumphand. — 68) **Enderlen,** Dupuytren'sche Kontraktur. — 69) **Grünberg,** Angeborene Hüftgelenksverrenkungen. — 70) **Martens,** Spontane Hüftgelenksluxation. — 71) **de la Camp,** Littlesche Krankheit. — 72) **Preiser,** Juvenile Osteoarthritis deformans coxae. — 73) **Stieda,** Coxa valga adolescentium. — 74) **Draudt,** Kongenitaler Oberschenkeldefekt. — 75) **Poppert,** Elephantiasis der unteren Extremitäten. — 76) **Lindenstein,** Myxosarkom des Oberschenkels. — 77) **Arnolds,** Epiphysenlösung am Femur. — 78) **Heinlein,** Kreuzbandzerreissung. — 79) **Iselin,** Irreponible Kniegelenksluxationen. — 80) **Büll,** Osteoma parapatellare. — 81) **Martens,** Meniskusverletzungen. — 82) **Löhrer,** Fettgewebswucherungen. — 83) **Martens,** Kniegelenkstuberkulose mit extrakapsulärer Resektion. — 84) **Chiari,** Tuberkulöse Caverne in der Patella. — 85) **Pellering,** Tibialuxation. — 86) **Böttlcher,** Angeborener Fibuladefekt. — 87) **Mönckeberg,** Knochencyste der Fibula. — 88) **Preiser,** Knochengummata. — 89) **Lindenstein,** Sarkom der Tibia. — 90) **Thöle,** Ganglienbildung im Peroneus mit Peroneuslähmung. Nervenpfropfung. — 91) **Verschütz,** Distorsionen des Fussgelenks. — 92) **Jakobsthal,** Luxationsfraktur des os naviculare pedis. —

Personalnotizen und Tagesnachrichten.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. II. März 1908. Heft 3.

Über die Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung bei älteren Individuen.

Von

P. REDARD*)
Paris.

Alle Orthopäden stimmen heute in dem Punkte überein, dass bei angeborener Hüftverrenkung die unblutige Methode, wenn dieselbe wirksam und gefahrlos sein soll, nicht bei Patienten angewendet werden darf, welche das Alter von 10—12 Jahren überschritten haben. Die Erfahrung hat uns bewiesen, dass die unblutige Einrenkung bei älteren Individuen ein gefährliches Unternehmen ist, welches einmal den Patienten dem Operations-Shok, Frakturen und Weichteilzerreissungen, Gefässzerreissungen und einer Lähmung durch Verletzung des Hüftnerven aussetzt, und in zweiter Linie der Steifheit und Verwachsung der Gelenke, sowie funktionellen Störungen aussetzt, welche häufig ernster sind als die vor der Operation vorhanden gewesenen.

Es ist jedoch in manchen Fällen nötig einzugreifen wegen fortwährender Verschlimmerung der Verunstaltung, unerträglicher Gelenk- und Hüftschmerzen, und der Schwierigkeit, ja absoluter Unfähigkeit zu gehen.

Ich möchte die Aufmerksamkeit auf die guten Resultate hinlenken, die wir in solchen Fällen durch eine palliative Operation erreicht haben, welche zugleich einfach, leicht und gefahrlos ist und

*) Nach einem auf dem französischen Chirurgen-Kongress, Oktober 1907 gehaltenen Vortrag.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

weder eine längere Immobilisation noch eine zu schwierige Nachbehandlung erfordert und darin besteht, das verrenkte Femurende in eine andere und bessere Lage zu bringen, in welcher es sich fest gegen das Darmbein stemmt.

Es handelt sich tatsächlich um die schon 1880 von unserem teuren Freund A. Paci vorgeschlagene Operation bei Behandlung angeborener Hüftverrenkungen jeden Alters, bei kleinen Kindern wie bei älteren Patienten. Paci suchte ja auf verschiedene Weise den verrenkten Oberschenkelkopf zu verlagern, ihn tiefer anzubringen und nach vorne von der Fossa iliaca externa, möglichst in der Pfannengegend.

Er suchte eine bessere Lage der verrenkten Knochen zu erzielen, eine solide Fixation des Caput femoris am Becken und späterhin die Bildung einer Nearthrose, die Verbesserung der Verkürzung, der Lordose und anderer unangenehmer Erscheinungen, welche die Deformität mit sich bringt.

Bei unseren palliativen Operationen der angeborenen Hüftverrenkungen bei älteren Individuen suchen wir nicht die Reposition zu erzwingen, was übrigens oft ziemlich leicht ist, sondern dem Femur eine bessere Lage zu geben, mit gutem Stützpunkt am Os ilei. Wir erstreben die Transposition nach vorne, bei welcher sich Kopf und Schenkelhals dicht am Darmbein seitlich und unter der Spina ant. sup. in starker Anteversion befinden, während der Trochanter major nach hinten schaut.

A. Lorenz hat vor kurzem diese Transposition als sogenannte „Inversion“ empfohlen, er rät zur lateralen Apposition des Kopfes an die Aussenseite des Beckens unterhalb der Spina.

Ist es nicht möglich, den Kopf nach vorne zu verlagern und ihn unterhalb der Spina einzustellen, so bringt man ihn an den hinteren Rand der Pfanne. In diesem Falle erfolgt eine schlechte Fixierung, oft verschiebt sich der Kopf auf dem Darmbein, gleitet nach oben und nimmt seine ursprüngliche Lage wieder ein.

Wir empfehlen im grossen und ganzen folgendes Verfahren:

1. Tempo: Mobilisierung des verrenkten Gelenkes, Dehnung aller verkürzten Muskeln, hauptsächlich der Flexoren und Adduktoren.

Wir wenden nur ausnahmsweise subkutane oder offene Durchschneidungen an. Manchmal durchschneiden wir subkutan die Spina-Muskeln.

2. Tempo: Durch direkte manuelle oder instrumentelle Extension, durch die starke Beugung des Schenkels gegen das Becken und des Unter- gegen den Oberschenkel bringt man den Kopf in das Pfannenniveau, mehr oder weniger nach hinten, soweit als es die Dehnung der Gesäss- und pelvitrochanteren Muskeln und des Lig. triangulare erlaubt.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

3. Tempo: Durch wiederholte und ausgiebige Abduktion, durch Druck auf den Trochanter sucht man den Kopf nach vorne zu verlagern, wie es Paci riet. In dieser Lage sind Kopf und Hals in starker Anteversion wie oben bezeichnet.

Wenn die Transposition unmöglich ist, wenn die Deformierung des Schenkelhalses und der Widerstand der Muskeln sie nicht zulassen, so fixiert man ihn so niedrig wie möglich an den hinteren Rand der Pfanne.

4. Tempo: Bei unsern letzten Operationen haben wir das von Lorenz empfohlene Verfahren der Hyperextension des verrenkten Gelenkes versucht, deren Zweck es ist, die Transposition des Schenkelknochens nach vorne zu betonen und die Beugemuskeln des Hüftgelenkes zu dehnen. Das Becken wird auf der luxierten Seite hochgelagert, ein Druck mit der Hand oder mit Gewichten wird auf der Höhe des Knies ausgeübt, die Hyperextension des Gelenkes erfolgt nach und nach, bis die Vorderfläche des Oberschenkels hinter der Frontalebene liegt. Dieses Verfahren muss unserer Ansicht nach jedenfalls mit grosser Vorsicht ausgeübt werden, um Gefässe und Nerven zu schonen, welche durch brutale Manöver leicht verletzt und sogar zerrissen werden können.

Ungefähr 3 Monate lang wird das Glied festgestellt in mittlerer Abduktion und Ueberstreckung. Ein Stützkorsett hält die ursprüngliche Lage aufrecht, und nur allmählich bringt man das Glied in vertikale Lage.

Bei keiner unserer Beobachtungen haben wir je einen ernsten Unfall zu verzeichnen gehabt. Fast immer konnte der Kopf ziemlich leicht verlagert werden, ohne nennenswerte Verletzung. Was die funktionellen Resultate betrifft, so haben wir immer eine bedeutende Abnahme der Verkürzung beobachtet, eine Verbesserung des Ganges und besonders das Verschwinden von Hüft- und Gelenkschmerzen.

Bei mehreren früheren Beobachtungen, welche um einige Jahre zurückreichen, hat sich das anfänglich gute Resultat behauptet, das Femur ist in seiner neuen Lage geblieben, und es entstand eine vorzügliche Nearthrose. Die Patienten gehen leicht und ohne Schmerzen, ohne Ermüdung, ohne ausgesprochenes Hinken. Die bei doppelseitigen Verrenkungen erzielten Resultate sind weniger günstig als die bei einseitigen Verrenkungen.

Im Ganzen ist die Pseudoeinrenkung, die Transposition nach vorne und Abduktion sehr nützlich bei der Behandlung irreduktibler angeborener Hüftverrenkungen und besonders bei älteren Patienten. Sie vermindert die Verkürzung des Gliedes und die Lordose, sie trägt


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zur Verbesserung des Gehens und zum Verschwinden der Schmerzen bei. Ohne weitere Erörterung der Bedeutung der verschiedenen blutigen Operationen (subtrochantere Osteotomie, Hüftresektion, Pseudarthrosenoperation etc.), welche für die Heilung irreduktibler Luxationen vorgeschlagen wurden, sind wir der Ansicht, dass das Verfahren der unblutigen palliativen Operation, welche wir soeben besprochen haben, in Anbetracht ihrer Einfachheit, ihrer Unschädlichkeit und Wirksamkeit, fast immer den blutigen Operationen, welche Osteotomie und Gelenkeröffnungen notwendig machen, vorzuziehen ist.

Sultan. Grundriss und Atlas der speziellen Chirurgie.

I. Teil. Lehmanns Medizinische Handatlanten Bd. 36. München 1907.
Preis 16 Mark.

Mit 40 farbigen Tafeln und 218 zum Teil 2—3farbigen Abbildungen nach Originalen von Maler Schmitson-Berlin und Maler Braune-Königsberg.

Die Kapitel „Chirurgie des Halses“ und „Chirurgie der Wirbelsäule“ sind die einzigen im ersten Band des vorliegenden Atlas, welche unser Spezialgebiet betreffen. Entsprechend der Bestimmung des Buches geben sie in prägnanter Kürze und unter wiederholtem Hinweis auf orthopädische Spezialwerke die Beschreibung des Tortikollis, der Skoliose, der verschiedenen Spondylitisformen, ihres klinischen Bildes und der modernen Therapie. Die Illustrationen sind gut ausgewählt und, wie wir dies von der Serie der Lehmannschen Atlanten nicht anders erwarten können, künstlerisch ausgeführt. Der demnächst erscheinende II. Band wird uns Gelegenheit zu ausführlicherer Besprechung geben. **Vulpius**-Heidelberg.

M. Böhm (Berlin). Die numerische Variation des menschlichen Rumpfskeletts.

Eine anatomische Studie. Mit 52 Abb. im Text. Stuttgart 1907. F. Enke.
Preis 4 Mark.

Die wiederholt und letztmals auf dem Orthopäden-Kongress 1907 von B. gemachten Mitteilungen über die Kombination von kongenitalen Varietäten der Wirbelsäule und sog. „habitueller“ Skoliose haben grosses berechtigtes Aufsehen erregt. In vorliegender Schrift gibt uns B. eine eingehende Beschreibung seiner anatomischen Studien an 52 numerisch-variierenden Wirbelsäulen, die von Dwight-Boston gesammelt und im Warren-Museum aufbewahrt sind.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Das erste Kapitel schildert die normale Differenzierung des menschlichen Rumpfskeletts, das zweite führt uns an der Hand vorzüglicher Reproduktionen die Varietäten des Rumpfskeletts und das ihnen zu Grunde liegende Phänomen, die numerische Variation, vor Augen, deren Wesen besteht in der Assimilation von costospinalen Segementen an ihre kraniellen oder kaudalen Nachbarsegmente.

Die Wirbelsäulenvarietäten sind offenbar recht häufig, sie betragen wahrscheinlich mehr als 22 %.

Mit der Häufigkeit, der Ursache und Entstehung der numerischen Varietät beschäftigen sich das 3. und 4. Kapitel.

Das 5. Kapitel erörtert die Beziehungen zwischen numerischer Variation und Deformitäten der Wirbelsäule in frontaler wie sagittaler Richtung und leitet hinüber zu der im Schlusskapitel skizzierten „Klinischen Bedeutung der numerischen Variation".

Es wäre also die juvenile idiopathische Skoliose aufzufassen als eine Deformität embryonalen Ursprungs. Auch der Haltungstypus des flachen Rückens findet in den Veränderungen des Promontoriums unter dem Einfluss der numerischen Variation seine anatomische Grundlage. Eine sorgfältige Litteraturübersicht beschliesst die wichtige und interessante Schrift.

Vulpius-Heidelberg.

Hartelius (Stockholm). Lehrbuch der Schwedischen Heilgymnastik.

Zweite Auflage der deutschen Uebersetzung nach der vierten Auflage des Originals, von Prof. Jürgensen-Kopenhagen. Mit 97 Abbildungen im Text. Leipzig 1907. Th. Grieben's Verlag.

Das Buch ist in Schweden 1883 erstmals erschienen und hat sich offenbar gut eingebürgert.

Als die deutsche Uebersetzung in erster Auflage 1890 erschien, gab ihr der inzwischen verstorbene Sanitätsrat Preller-Ilmenau ein Vorwort mit auf den Weg, in welchem er die deutschen Aerzte ermahnte, „sich mit den naturgemässen sogenannten physikalischen Heilmitteln vertraut zu machen." Sein Wunsch ist seitdem reichlich erfüllt worden.

Das Buch hat sich nicht oder kaum geändert, weder im textlichen noch im illustrativen Teil.

Auch in der deutschen Ausgabe mutet uns das Buch durchaus fremdländisch an. Seine Lektüre ist wenig anregend — oder fehlt dem Referenten der nötige Enthusiasmus für die orthodoxe schwedische Heilgymnastik? **Vulpius**-Heidelberg.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bennie (Melbourne). Rational and effective treatment of Hip-Disease.

London 1907. Baillière, Tindall and Cox.

In dem kleinen Buch legt B. die Erfahrungen über Koxitisbehandlung nieder, die er wärend einer 28 jährigen Hospitalpraxis gesammelt hat. Sie gipfeln in dem begeisterten Lob der Thomas-Schiene, „der einzig befriedigenden therapeutischen Methode". Die Schiene macht ihm die Hüftgelenksresektion entbehrlich! Er ist auch gegen die unblutigen Redressements sowie die Incision oder Punktion kalter Abscesse, die er der Bazillenverschleppung wegen fürchtet.

Vulpius-Heidelberg.

Davidsohn (Berlin). Die Röntgentechnik.

Ein Hilfsbuch für Aerzte. Mit 13 Abbildungen im Text und 12 Tafeln. Berlin 1908. S. Karger. Preis 6 Mark.

Das 5 Bogen starke Buch ist für den praktischen Arzt geschrieben, es soll ihn über die Röntgentechnik informieren. Röntgenstrahlen und Röntgenröhre, alle Teile des Röntgeninstrumentariums von der Stromquelle bis zur äusseren Einrichtung des Laboratoriums, die Technik der Durchleuchtung, die Aufnahme, die R. Therapie werden in leicht fasslicher Darstellung erläutert.

Das Schusskapitel gibt einen kurzen Ueberblick über die Bedeutung der Röntgenstrahlen für Diagnose und Therapie. Besonders wertvoll sind gewiss für den praktischen Arzt die beigegebenen 12 Tafeln, welche normale Vergleichsobjekte für die am häufigsten vorkommenden Aufnahmestellungen liefern und den Arzt in den Stand setzen, ihm etwa vorgelegte Röntgenbilder hinsichtlich der wahrnehmbaren pathologischen Veränderungen zu prüfen.

Die textliche und illustrative Ausstattung ist eine sehr gute, so dass das Buch dem praktischen Arzt gewiss eine willkommene Quelle rascher Belehrung abgeben wird. **Vulpius**-Heidelberg.

1) **Theodorov A.** Zur Frage der amniogenen Entstehung der Missbildungen.

Zeitschr. für Heilkunde 1907. Heft III.

Nach Beschreibung mehrerer Fälle von Spaltbildungen und Defekten an Embryonen kommt Verf. zu dem Ergebnis, dass eine Reihe von Missbildungen, vor allem wohl die meisten Spaltbildungen einen amniogenen Ursprung haben. Zweifellos gilt dies nicht für alle Hemmungsmissbildungen, und sind dieselben durchaus nicht alle auf derartige rein mechanische Ursachen zurückzuführen.

Spitzy-Graz.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:02 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2) **Kyriakopulos.** Die Aetiologie der Kindertuberkulose.
Ἰατρικὸς Μηνύτωρ Μάϊος-Ἰούλ. 1907.

K. bespricht die verschiedenen bisher ausgesprochenen Theorien, was die Eintrittspforte des Tuberkelbazillus in den kindlichen Organismus betrifft, und bekennt sich als Anhänger der Theorie des Infektionsmodus von Menschen zu Menschen.

Er lässt sich dazu von statistisch nachgewiesenen Zahlen leiten, (Barehek-Bieliet, Comby), die beweisen, dass bei Kindern trotz der seit Jahren schon beobachteten hygienischen und prophylaktischen Massregeln gegen die Verbreitung der Tub. per os, — diese im Zunehmen begriffen ist, und dass man derselben mit dem zunehmenden Alter der Kinder häufiger begegnet, was nicht der Fall wäre — wenn die Milch die Hauptinfektionsquelle dieser Krankheit abgäbe.

Er tritt also für eine strenger als bisher gehandhabte Bekämpfung der Infektionsgefahr in der Familie ein. **Chrysospathes**-Athen.

3) **Morrish.** Polydaktylism.
Lancet 10. VIII. 07.

M. teilt eine Beobachtung mit, nach der sechsfingrigen Eltern 2 Knaben mit normalen Händen geboren wurden, während alle 5 Mädchen an Händen und teilweise auch an den Füssen Polydaktylie verschiedenen Grades zeigten. **Rauenbusch**-Heidelberg.

4) v. **Guleke** (Berlin). Zwergwuchs in Folge prämaturer Synostose.
Archiv für klin. Chirurgie. Bd. 83. Heft 3. Pag. 835.

Der von mehreren Seiten erbrachte Nachweis, dass bei den cretinistischen Zwergen die Epiphysenlinien länger persistieren als normal, hat die früher gültige Lehre, dass der Zwergwuchs auf ein frühzeitiges Schwinden der Knorpelfugen zurückzuführen sei, stark in den Hintergrund gedrängt. Um so interessanter sind 3 Beobachtungen von G., bei denen eine prämature Synostose Wachstumsstörungen zur Folge hatte.

Es handelt sich um Mädchen von 15 und 19 Jahren, die in ihrer Jugend an schwerer Rachitis litten und heute noch die Residuen derselben aufweisen. Ihre Körpergrösse beträgt im Mittel 130 cm. Bis zu ihrem 9. resp. 13 Lebensjahre entwickelten sich die Mädchen normal; in dieser Periode aber trat ein völliger Wachstumsstillstand ein. Die Intelligenz ist normal.

Interessant sind die Röntgenbilder: viele Knochen zeigen die Spuren einer schweren abgelaufenen Rachitis. Bei 2 Fällen fehlen


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

an allen Knochen die Epiphysenlinien, überall ist schon die knöcherne Vereinigung von Epi- und Diaphyse ausgebildet. Bei dem dritten Fall finden sich nur noch an einzelnen Knochen Knorpelfugen, die sich durch ihre Schmalheit und ihr verschwommenes Aussehen auszeichnen.

Bei der Frage nach der Ursache der prämaturen Synostose müssen wir angeborene Wachstumsstörungen ausschliessen, da die Mädchen sich bis zu einem bestimmten Lebensalter vollkommen normal entwickelt haben. G. führt den pathologischen Zustand auf die schwere Rachitis zurück. Die Schwere der Erkrankung bedingt eine dauernde Schädigung des Epiphysenknorpels, der infolgedessen mit der fortschreitenden Verkalkung des osteoiden Gewebes und der Knochenanbildung nicht gleichen Schritt halten kann und gänzlich überflügelt wird. Das Endresultat ist ein völliger Schwund der Knorpelfuge. Für diese Fälle kann eine exakte Scheidung von dem rachitischen Zwergwuchs nicht gemacht werden.

Basedowsymptome (Holmgren beobachtete bei jugendlichen Basedowkranken eine frühzeitige Verknöcherung des Epiphysenknorpels) waren nicht nachzuweisen. **Stoffel**-Heidelberg.

5) **A. Martina** (Graz). Ueber Knorpelnekrose.

Archiv für klin. Chirurgie. Bd. 83. Heft 4. Pag. 905.

M. berichtet über die Resultate seiner pathologisch-anatomischen Untersuchungen über selbständige Entzündungen der Knorpelsubstanz. Fünf Fälle von Rippenknorpelentzündungen standen ihm zur Verfügung.

Im ersten Falle handelte es sich um einen posttyphösen Abszess unter dem Pektoralis major mit Beteiligung des 3. Rippenknorpels. Ob der Abszess primär sich intermuskulär oder endochondral entwickelte, konnte mit Sicherheit nicht festgestellt werden. Der Knorpel war in viele kleine Stücke und Scheiben zerfallen, die starke Degenerationszustände aufwiesen. Vaskularisation war nicht vorhanden. Die bakteriologische Untersuchung wies Bakterium coli nach.

Der zweite Fall stellte eine Stichverletzung mehrerer Rippenknorpel dar mit folgender Infektion. Der Knorpel ist teilweise vom Perichondrium entblösst, zeigt an mehreren Stellen buchtige Vertiefungen. Die Grundsubstanz zeigt eine chemische Schädigung und ist kalkarm. Knorpelkapseln und -Zellen sind stark verändert.

Im dritten Falle war es nicht zu entscheiden, ob die Entzündung im Knorpel selbst oder vom Perichondrium aus ihren Ur-


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sprung genommen hatte. Es handelte sich um eine Entzündung des zweiten Rippenknorpels, die im Anschluss an einen Typhus oder Magendarmkatarrh aufgetreten war. Im Perichondrium ergab sich ein erbsengrosser Defekt. In der nächsten Umgebung dieser Stelle zeigte der Knorpel dieselben Veränderungen wie in den beiden andern Fällen.

Beim vierten Falle wurde der Knorpel in seinen oberflächlichen Schichten beim Abpräparieren einer Krebsmetastase verletzt und infiziert. Im Knorpel fand sich eine grössere, mit Granulationen ausgefüllte Höhle, die Eiter sezernierte. Das Perichondrium fehlte auf grössere Strecken hin. Der Knorpel ist trocken, brüchig, von dunkelgelber Farbe. Es besteht hochgradige Kalkarmut und starke Degeneration der Knorpelzellen.

Das Granulationsgewebe sendet in die noch erhaltene Knorpelsubstanz Gefässe hinein, wodurch dieselbe zerklüftet wird. Die so entstandenen Knorpelinseln werden von den Granulationsmassen aufgefressen.

Im fünften Falle lag ein tuberkulöser Prozess des Sternoclaviculargelenks vor, der sekundär auf den ersten und zweiten Rippenknorpel übergriff. Der Knorpel war auf eine 2 cm lange Strecke unterbrochen und durch Granulationsgewebe ersetzt. Die mikroskopischen Befunde decken sich mit den oben geschilderten.

Lues, Gonorrhoë können ähnliche Prozesse am Knorpel hervorrufen, ebenso Darmkrankheiten (Maltafieber). Es kommt zu eitriger Einschmelzung des Knorpels und Fistelbildung. Traumen können die Ansiedlung von Bakterien im Knorpel begünstigen.

Da die Knorpelprozesse mit ihren Fisteln sehr geringe Heiltendenz zeigen und oft dem energischsten konservativen Verfahren Trotz bieten, so ist ein radikales Verfahren, bestehend in totaler Entfernung des kranken Knorpels samt dem Perichondrium und den Chondrophyten indiziert. Sollten in der Nachbarschaft sich verdächtig aussehende Knorpel (mit kleinen, Granulationsgewebe enthaltenden Lacunen) finden, so sind auch diese zu entfernen.

Die konservative Behandlung ist sehr unsicher.

Stoffel-Heidelberg.

6) **M. Földes.** Welches sind die Veränderungen im Rückenmarke und in den intervertebralen Ganglien nach Amputationen oder bei Defektbildungen der Extremitäten?

Orvosi Hetilap 1907. Nr. 41, 42.

Auf Grund seiner Untersuchungen fand Verf., dass infolge von Stoffwechselstörungen in den spinalen Ganglienzellen und Nerven-


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fasern „numerische“ und in den Ganglienzellen auch eine „konkurrierende“ Atrophie entsteht.

Die Veränderungen ergreifen ebenso die motorische wie die sensibile Sphäre und sind umsomehr ausgeprägt, je jünger das Individuum war, je mehr proximal die Amputation vorgenommen wurde und je länger der Kranke nach der Operation am Leben geblieben ist. **Horváth**-Budapest.

7) **Georgiades** (Adana). Zwei Fälle von Polyneuritis im Verlauf von chron. Lungentuberkulose.

Ἰατρικὴ πρόοδος, αὔγ. 1907.

Vierundzwanzig- und dreissigjähriger Pat. im 3. resp. 2. Stadium der Lungentuberkulose, werden plötzlich von Parese und Paralyse beider unteren Extremitäten befallen, die nach einigen Tagen auch auf die oberen sich ausbreitet.

Differentialdiagnostisch schliesst G. hier die Poliomyelitis aus, da in seinen Fällen die Lähmung von der Peripherie aus sich zu entwickeln begann und nicht zentrifugal, wie es bei jener der Fall ist; ausserdem waren hier Schmerzen und Parästhesien vorhanden, während andererseits Störungen von Seiten der Blase und des Mastdarms (?) wenigstens im Beginn fehlten.

Für den Ausbruch der Krankheit beschuldigt er die Toxine des Tuberkelbazillus, während die arthritische Diathese beim ersten, und die Heirat während des floriden Stadiums der Tub. beim zweiten Pat. nach G. nur der Entwickelung des Leidens Vorschub geleistet haben. **Chrysospathes**-Athen.

8) **Goebel.** Zur Aetiologie und Kasuistik der Tabes infantilis.

Diss. Leipzig 1907.

In dem vorliegenden Falle handelte es sich um einen 17jährigen Dienstknecht, bei dem sich 2 Jahre vorher die ersten Zeichen einer Tabes gezeigt hatten. Da sich bei der Untersuchung der Eltern und Geschwister des Patienten auch eine Reihe interessanter Umstände ergaben, so sind auch die Ergebnisse dieser Untersuchungen nebst der Krankengeschichte des Falles genau wiedergegeben, der in allen seinen Symptomen und in seinem bisherigen Verlauf als ein reiner Fall von juveniler Tabes angesehen werden muss, und der ein weiterer Beweis für die Anschauung ist, dass die Tabes überhaupt ausschliesslich als eine metasyphilitische Erkrankung gelten muss. **Blencke**-Magdeburg.



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

9) **Georg Richter.** Ein Fall von Thrombose im Sinus longitudinalis superior nach Gelenkrheumatismus.

Diss. München 1907.

Im ersten Teil seiner Arbeit gibt R. eine kurze Darstellung von der Thrombose im allgemeinen und speziell von der Sinusthrombose, soweit sie nach den neueren Forschungen feststeht, um dann im Anschluss hieran über einen Fall von Sinusthrombose bei Gelenkrheumatismus zu berichten, der nach des Verf. Ansicht in aetiologischer Hinsicht zu den grössten Seltenheiten gehören dürfte, da er keinen ähnlichen Fall in der ihm zugänglichen Litteratur ausfindig machen konnte. Die Krankengeschichte und das Sektionsprotokoll sind ausführlich wiedergegeben und aus denselben geht hervor, dass ein schwerer Gelenkrheumatismus alle zur Bildung einer Sinusthrombose notwendigen Vorbedingungen erfüllen kann.

Blencke-Magdeburg.

10) **Nunn.** Acute arthritis complicating a case of ophtalmia neonatorum.

Lancet. 14. IX. 07.

N. beschreibt eine akute Entzündung des Metatarsophalangealgelenkes der linken grossen Zehe bei einem an Conjunctivitis blennorrhoica erkrankten Säugling. **Rauenbusch**-Heidelberg.

11) **Poynton.** Observations upon arthritis in young children.

The Edinburgh medical journal. IX. 07.

P. schildert kurz die verschiedenen Formen von Arthritis und ähnlichen Erkrankungen im Kindesalter. Eine Reihe selbst beobachteter interessanter Fälle wird kurz beschrieben. Er erörtert die gonorrhoische, septische und Meningokokken-Arthritis, die akute tuberkulöse und rheumatische, sowie die Pneumokokkenarthritis. Ferner eine besondere Form der Gelenkentzündung, charakterisiert durch 1. chronischen, progressiven Verlauf; 2. Schwellung der Milz; 3. Schwellung der Lymphdrüsen, von Dr. Still zuerst beschrieben. Auch die Gelenkerkrankungen bei Erythema nodosum, Haemophilie und angeborener Syphilis werden erwähnt.

Rauenbusch - Heidelberg.

12) **Midleton.** The treatment of rheumatoid arthritis.

Lancet. 23. IX. 07.

M. hat eine grosse Anzahl einschlägiger Fälle durch Auflegen eines Zugpflasters auf den Rücken in der Gegend der Hals- und



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Lendenanschwellung des Rückenmarks angeblich mit so grossem Erfolg behandelt, dass er diese Therapie für die beste erklärt. Er hält in solchen Fällen eine „zerebrospinale Toxaemie“ für vorliegend.

In Zwischenräumen von 14 Tagen hat er so bei einer Pat., die durch chronisch-rheumatische Versteifung der Füsse, Kniee und Hände zu einem unbehülflichen Krüppel geworden war und auf keine Behandlung reagierte, behandelt. Im Verlauf eines Jahres war die Patientin geheilt. Die langsam fortschreitende Besserung begann schon 14 Tage nach der ersten Anwendung des Pflasters. Es handelte sich um eine verheiratete Frau von 43 Jahren. Aehnlich war der Erfolg bei 4 anderen Patienten; alle standen im mittleren oder höheren Lebensalter und hatten eine lange Leidensgeschichte hinter sich. Zum Schluss hebt M. noch hervor, dass die Wirkung des Pflasters kräftig sein muss. **Rauenbusch** - Heidelberg.

13) **Cumston.** A case of acute metastatic gonorrhoeal myositis.

The Dublin journal of medical Science. August 1907.

C. beschreibt eine metastatische akute Myositis des M. biceps brachii bei einem 27 jährigen Patienten, die etwa 3 Wochen nach Beginn der Erkrankung entstand, nachdem die akuten Erscheinungen schon nachgelassen hatten. Völlige Heilung auf feuchtwarme Umschläge und ol. Gaultheriae innerlich. Die Seltenheit der Affektion wird hervorgehoben und die Differentialdiagnose ausführlich besprochen. **Rauenbusch**-Heidelberg.

14) **Hartwich.** Ein Fall von Akromegalie.

Diss. Leipzig 1907.

Der Arbeit liegt ein Fall von Akromegalie mit den typischen Krankheitssymptomen zu Grunde, die im Anschluss an Riesenwuchs aufgetreten war. Es handelt sich um einen Geisteskranken, um einen Insassen der Anstalt Kortau, bei dem auf das Vorhandensein eines Hypophysistumors resp. einer krankhaft vergrösserten Hypophyse die Art der Erkrankung und ihre Erscheinungen, wie auch die eigenen Angaben des Kranken über seine Empfindungen mit hoher Wahrscheinlichkeit schliessen liessen. H. will in einer späteren Veröffentlichung noch einmal auf diesen Fall, den er noch weiter zu beobachten gedenkt, zurückkommen. **Blencke**-Magdeburg.



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

15) **Glaser.** Ueber 60 Fälle von Lumbalanaesthesie am Stadtkrankenhause zu Görlitz.

Diss. Leipzig 1907.

Unter den 60 Lumbalanaesthesieen kam kein Fall irgendeiner dauernden Schädigung vor, der ausschliesslich der Einbringung des Stovains in den Rückenmarkskanal zur Last gelegt werden konnte. Von den beiden Todesfällen, die vorkamen, hat der eine nichts mit der Lumbalanaesthesie zu tun, bei dem andern ist es dagegen immerhin möglich, dass durch eine mangelhaft gehandhabte Beckenhochlagerung das Zentralnervensystem zu stark beeinflusst worden ist. G. rät deshalb, lieber zunächst noch auf die Lumbalanaesthesie bei Operationen oberhalb des Beckens zu verzichten, während er sie bei Operationen am Becken und den unteren Extremitäten auf Grund seiner Erfahrungen für eine wirklich ideale Methode hält, da sie auch bei sehr langdauernden Eingriffen ohne Schaden Verwendung finden kann und auch bei allen den Fällen, wo vorhandene Schädigungen von Herz und Lunge oder hohes Alter den Gebrauch von Chloroform oder Aether verbieten. **Blencke**-Magdeburg.

16) **Franz Goldschwend.** Ueber 1000 Lumbalanästhesien mit Tropakokain.

Wiener klinische Wochenschrift. 1907. Nr. 37.

Verf. berichtet über die an zirka 1200 Fällen an der chirurg. Abteilung des allgemeinen Krankenhauses in Linz a. D. gemachten Erfahrungen mit Lumbalanästhesie nach Bier. Dort wird seit zirka $1^1/_2$ Jahren mit Tropakokain gearbeitet. Stovain hat sich nicht bewährt. Es werden 0.12, bei Kindern 0.8—0.10, also ziemlich grosse Dosen in wässriger Lösung injiziert. Die Punktion geschieht zwischen 2. und 3., manchmal zwischen 1. und 2. Lendenwirbel im Sitzen. Hernach wird der Pat. horizontal gelagert. Unter Becken und Kopf kommt je ein Kissen.

An Nebenwirkungen wurden beobachtet:

1. Gelbliche Verfärbung der Haut und Schweissausbruch.
2. Uebelbefinden und Erbrechen (8 Prozent der Fälle).
3. Abgang von Flatus und Kot infolge Sphinktererschlaffung.
4. In seltenen Fällen Kollaps (11 : 1000), davon 1 Fall mit Exitus letalis, für den aber die Lumbalanästhesie nicht mit Sicherheit verantwortlich gemacht werden kann. Ohnmachtähnliche Zustände wurden unter den 11 Fällen dreimal beobachtet. Sie betrafen stets hochgradig anämische Personen.



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

5. Selten sind Aufregungszustände während der Operation 3 Fälle unter 1000.

An Nachwirkungen wurden beobachtet:

1. Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Fieber von geringer Intensität und Dauer (40 Prozent der Fälle).

2. Appetitlosigkeit, Uebelbefinden oder Erbrechen in 11 Proz. der Fälle, stets geringgradig und rasch vorübergehend.

3. Parästhesien in den unteren Extremitäten schwanden rasch von selbst.

4. Drei Fälle unter 1000 boten das Bild vollständiger Paraplegie. Diese ging nach spätestens 8 Tagen zurück, ohne Folgen zu hinterlassen.

5. Zwei Fälle von Abduzenslähmung im Gefolge von Lumbalanästhesie wurden mit Faradisation in kurzer Zeit geheilt.

Die Methode versagte in zirka 5 Prozent der Fälle. Verf. ist geneigt, dies auf mangelhafte Technik, in mehreren Fällen auf die Minderwertigkeit der Tropakokainlösung zu beziehen.

Die Methode wird an der Anstalt für alle Eingriffe vom Rippenbogen abwärts angewendet. **Spitzy**-Graz.

17) **Löwenberg.** Ueber Hyperämiebehandlung nach Bier bei Epididymitis und Arthritis gonorrhoica.

Diss. München 1907.

Den ersten Teil, der sich mit der Behandlung der Epididymitis befasst, können wir wohl ausser Acht lassen und uns lediglich mit dem zweiten Teil der Arbeit befassen, in dem L. über 5 Fälle von Arthritis gonorrhoica berichtet, die mit Hyperämie behandelt wurden und zwar mit so gutem Erfolge, dass er die Methode aufs angelegentlichste empfiehlt, da sie schneller als alle anderen seither angewendeten Mittel die Schmerzen und die Versteifung der Gelenke beseitigt, die in vielen Fällen wieder vollständig beweglich werden. Ausserdem ist das Verfahren hinsichtlich der Technik sehr einfach; die Kranken können sogar in geeigneten Fällen ambulant behandelt werden. Ausserdem ist es sehr billig. **Blencke**-Magdeburg.

18) **P. H. van Roojen** (Laandam). Extensiebehandeling der beenbreuken volgens Bardenheuer.

Nederl. Tydschrift voor Geneeskunde. 2e helft, Nr. 11, Ao. 1907.

v. R., der während eines Monats in Köln Bardenheuers Extensionsbehandlung von Frakturen hat ausüben sehen, gibt seine Eindrücke wieder.

Generated on 2019-06-08 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

An erster Stelle beschreibt er die Reposition, die, wenn nötig, in Narkose zu Stande gebracht wird, weiter, wie stets Radiographien zur Kontrolle angefertigt werden. Einen tiefen Eindruck hat v. R. bekommen von der Tatsache, dass ausserordentlich wenig Callus bei der Konsolidation sich entwickelt, wenn mit Extension behandelt wird; wie dies nach der Bardenheuerschen Auffassung zu erklären, beschreibt er eingehend. Auch die weitere Technik vom Anlegen der Extensions-Verbände, näheres über die besten Emplastra etc. wird angegeben, dabei indessen hingewiesen auf Bardenheuer und Graessner: „Die Technik der Extensionsverbände.“

Weiterhin werden die Bardenheuerschen Schienen für Oberarm-, Ellbogen- und Radius-Fraktur erwähnt, und der Wert der Methode für die rasche Heilung, die gute Funktion und zwar speziell für die Unfallversicherung erörtert.

Ueber die Resultate, die v. R. sehr bewundert, gibt er weiter noch einige statistische Daten im Vergleich mit Jottkowitz's und Sauer's Resultaten.

Auch bei der Nachbehandlung von Luxationen rühmt v. R. für viele Fälle die Extensions-Behandlung. **Tilanus**-Amsterdam.

19) **E. Fischer.** A csonttörések kezelése Bardenheuer extensioval. (Die Behandlung der Knochenbrüche durch Bardenheuersche Extension.)

Bp. Orvosi Ujság Nr. 50.

Verf. schildert das Wesen der Extensions-Behandlung und er gibt nach in zahlreichen Fällen gewonnenen Erfahrungen seiner Meinung Ausdruck: dass die Extensions-Behandlung die Nachteile der verschiedenen mobilisierenden und fixierenden Frakturbehandlung vermissen lässt, dagegen alle Vorteile derselben vereinigt.

Horváth-Budapest.

20) **Peter Bade** (Hannover). Die Indikation zu Sehnenoperationen bei spinalen und zerebralen Lähmungen.

Wiener mediz. Wochenschrift 1907. Nr. 46.

1. Im Gegensatz zu anderen Autoren kommt Bade zu dem Schlusse, dass mit der Operation bis zum Ende des zweiten Jahres nach Ablauf der Erkrankung gewartet werden soll.

Vor dem sechsten Lebensjahre soll keine grössere Sehnenoperation gemacht werden, da bei kleinen Kindern die Technik der Operation und die Nachbehandlung zu schwierig ist. Eine Ausnahme gilt von der Littleschen Lähmung.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2. Eine Sehnenoperation ist nicht dadurch indiziert, dass genügendes gesundes Muskelmaterial zur Verfügung steht, sondern nur dann, wenn das Muskelgleichgewicht erheblich gestört ist.

3. Eine Sehnenoperation ist umsomehr angezeigt, je hochgradiger die Kontraktur und die Deformität ist.

4. Im Wesentlichen braucht man keinen Unterschied zwischen spinaler und zerebraler Lähmung zu machen.

5. Die Sehnenplastik darf nur dann ausgeführt werden, wenn nebst der Form auch eine annähernd normale Funktion durch die Operation hergestellt wird. Für die Wiederherstellung der Form allein müssen Redressement und Arthrodese genügen.

Spezielle Indikationen gibt Bade für den Klumpfuss an, der meist eine Sehnenoperation erfordert. Beim paralytischen Spitzfuss schränkt er sich auf jene Fälle ein, in denen die Volarflexoren sehr gut erhalten und die Dorsalflexoren nur überdehnt sind. Für die anderen Fälle ist die teilweise Arthrodese des Fussgelenkes vorzuziehen. Beim paralytischen Plattfuss würden auch nach gelungener Operation durch die konstante Belastung immer Rezidive auftreten. Beim Hackenfuss kommt es auf den guten Zustand der beiden Peronäi an. Verf. pflanzt den Peronäus longus auf die stark verkürzte Achillessehne. Bei Quadrizepslähmung rät er zur Transplantation nur dann, wenn die Geradstellung durch Redressement und Tenotomien nicht genügt. Nach der Voroperation ist eine Zeit lang abzuwarten, ob ein Rezidiv auftritt oder nicht. Wenn nicht, ist die Transplantation überflüssig. Bei Kontrakturen der Hand ist sie dann am Platz, wenn die Strecker paralytisch sind. Am Ellbogengelenk ist zur Transplantation zu schreiten, wenn hochgradige Kontrakturzustände vorliegen. Für Operationen dieser Art am Schultergürtel gibt es derzeit ebensowenig strikte Anzeigen wie an der Hüftmuskulatur.

Spitzy-Graz.

21) **Colombo** (Rom). Ueber die Technik der vibratorischen Massage.

Zeitschr. f. phys. u diätet. Ther. 1907/08. XI. Bd., VII. Heft, pag. 432.

Die Vibrationen bestehen aus einem leichten anhaltenden, schnellen Zittern, welches mittels der Hand oder eines eigens dazu hergestellten Instruments auf die oberflächlichen und tiefliegenden Gewebe übertragen wird. Die Handvibration ist die ursprünglichste und vollkommenste, welche bei einem geschickten Operateur bis zu 600 regelmässige Vibrationen in der Minute hervorbringen kann. Allerdings kann dies nur für die Dauer von 3—4 Minuten geschehen.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Unter den künstlichen Vibratoren unterscheidet man mechanische, elektrische und oscillierende Vibratoren. Um die Härte der künstlichen Vibrationen zu lindern, können diese „humanisiert" werden, d. h. zwischen Vibrator und Objekt wird die Hand des Operateurs zwischengeschaltet, die die Vibrationen zart und leicht macht. Die hauptsächlichste Medikation für Vibrationen ist die Schmerzlinderung und die Beruhigung sämtlicher Spasmen der Organe und Gewebe.

Paul Zander-Berlin.

22) **K. Wahl** (München.) Fesselbandmass für genaue Umfangmessungen.

Münch. med. Wochenschr. 1907. Nr. 47, p. 2334.

W. benutzt zur Umfangmessung ein schmales Bandmass, das an einem Ende einen kleinen Ring trägt, durch den das Band geführt wird, so dass es in Form einer Fessel über das zu messende Glied geschoben wird. Man kann so Messungen bis auf den Millimeter genau ausführen.

Ewald-Hamburg.

23) **Emmerich Gergö.** Ueber den wissenschaftlichen und praktischen Wert der Alexanderschen Röntgenbilder mit plastischer Wirkung.

Wiener klin. Wochenschrift 1907, Nr. 47.

Verf. schildert kurz das von Alexander angegebene Verfahren. Vom entsprechenden Objekte wird auf eine und dieselbe Röntgenplatte mit Hilfe zweier verschiedener Röntgenröhren (einer weichen und einer harten) die Aufnahme bewerkstelligt. Von dem so hergestellten Negativ verfertigt man nun ein Diapositiv. Negativ- und Positivplatte werden mit ihrer Glasfläche aufeinander gelegt und zusammen auf eine dritte Platte kopiert. Diese dritte Platte zeigt das plastische Bild. Durch einen abermaligen Negativ- und Positivprozess kann man beliebig viele Kopien herstellen.

G. Schellenberg und einige andere Autoren erzeugten ihre plastisch wirkenden Bilder durch Verschiebung der Platten gegeneinander. Daher geben ihre Bilder eine falsche Plastik. Bei Herstellung der Alexanderschen Bilder wird jede Verschiebung der Platten gegeneinander vermieden.

Verfasser hat sich durch Versuche überzeugt, dass dem Alexanderschen Verfahren ein diagnostischer, insbesondere aber ein didaktischer Wert nicht abgesprochen werden kann.

Spitzy-Graz.


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

24) **Blum.** Die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Erkenntnis der anatomischen, physiologischen und pathologischen Verhältnisse des menschlichen Körpers.

Diss. Freiburg 1907.

B. versucht in kurzen Zügen in der vorliegenden Arbeit darzustellen, welche Bedeutung die Röntgenstrahlen für die wissenschaftliche und praktische Medizin gewonnen haben und welche Fortschritte wir ihnen verdanken. Da alles dies zur Genüge bekannt sein dürfte, haben wir wohl nicht nötig, näher darauf einzugehen. **Blencke-Magdeburg.**

25) **Boidi-Trotti** (Turin). La Radioterapia all 'ospedale di S. Giovanni in Torino.

La rassegna di terapia 1907. fasc. 8.

In sechs Monaten wurden ca. 300 Radioskopien gemacht und zwar zur Diagnose traumatischer Läsionen an den Extremitäten, an den Gelenken, zur Untersuchung innerer Organe, der Herz-Gefässkrankheiten usw.

Bei den Oesophagusstenosen war die radioskopische Untersuchung, die bei schräger Stellung des Pat. während des Verschluckens von Wismuthcachets ausgeführt wurde, ebenfalls von grossem Nutzen, da dadurch die genaue Stelle der Stenose nachgewiesen wurde.

Die Radioskopie war auch recht nützlich beim Aufsuchen von Fremdkörpern, bei kleinen Geschwülsten der oberen Luftwege, für die Diagnose der Magenerweiterung und Stenose usw.

Die Radiographien wurden gemacht, um eine Bestätigung der Radioskopien zu erhalten, und in vielen Frakturen wies die Radiographie Fragmente nach, die bei der Radioskopie übersehen worden waren.

Von grossem Nutzen war die Radiographie auch zur Beobachtung des Grades der angeborenen Luxationen, bei der Diagnose der Nierensteine, zur Feststellung des Fortschrittes des Knochenkallus bei Frakturen.

Die gemachten X-Strahlenapplikationen betrugen über Tausend. Nur eine Pat. bekam eine schwere Form von Radiodermitis. Bei den myelogenen und lienalen Leukämien erzielte man verschiedene vollständige Heilungen. Bei den Pseudoleukämien wurde die konstante Verkleinerung der Drüsengeschwülste erreicht.

Bei einem Fibromyom des Uterus erzielte man mit den Röntgenstrahlen vollkommene Heilung der Störungen.



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Seit mehreren Monaten dauernde Heilung bei Epitheliomen der Haut und in einigen Fällen von Ulcus rodens des Nasenflügels, beim erythematösen Lupus, beim Lichen planus. Mit Vorteil kam sie auch bei der Knochentuberkulose zur Anwendung, bei den hartnäckigen Neuralgien des Trigeminus, des Ischiadicus, bei Magenhyperchlorhydrie, Diabetes, Obesität, chronischem Gelenkrheumatismus, bei unklaren Basedowschen Formen, eitriger Mittelohrentzündungen, Mandelhypertrophien etc. **Buccheri**-Palermo.

26) **Zoppi.** Rendiconto Clinico del biennio 1905—1907 del Pio Istituto dei Rachitici in Mantova. (Schluss.)

Fremdkörper. Zahlreich sind die Fälle von Fremdkörpern in den Geweben. Bemerkenswert ist darunter ein Fall, in dem Glasstücke mehrere Jahre nach dem Trauma, bei dem sie eingedrungen waren, zu Erscheinungen führten.

Gelenktuberkulose. Meistens wurde die konservative Methode befolgt, indem man mit Gipsverbänden immobilisierte unter abwechselnden endoartikulären Injektionen. Die Resultate waren befriedigend und zuweilen glänzend sowohl in den grossen wie in den kleinen Gelenken; es wurden auch Resektionen gemacht, wobei man bei denen des Knies die Tenotomie oder plastische Verlängerung der Flexoren anschloss.

Tuberkulöse Spondylitiden. 10 Fälle. Behandlung: Immobilisierung mit Gipskorsetten oder in zurückgebeugter Stellung auf dem Schedeschen Bett.

Krankheiten des Nervensystems. Bei den an Kinderlähmung leidenden Patienten wurde stets an Muskeln, Sehnen, Faszien operiert, selten an den Knochen. Korrektion der Deformität und Sehnenüberpflanzungen wurden in einer Sitzung gemacht. Zu den Ueberpflanzungen traten Sehnen- und Muskelverkürzungen und -Verlängerungen, Faltungen und Plastiken der Gelenkkapseln usw. Der Arthrodese wurde die Tenodese vorgezogen, trotzdem Vulpius dieselbe nicht wirksam findet. Gleich Vulpius und Lange benutzt er Zwirnhandschuhe, Kopfmützen und besondere Gesichtsmasken. Er hatte 4 Fälle von spastischer Kinderlähmung und 23 Fälle von Poliomyelitis in Behandlung.

Skoliose. Im Ganzen 9 Fälle.

Rhachitische Deformitäten. Beim Genu valgum verwandte er das forzierte Redressement; nur zweimal die lineäre Osteotomie.

Buccheri-Palermo.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

27) **Bradford and Sever** (Boston). The results of the treatment of Cases of acquired and congenital muscular torticollis at the Boston Children's Hospital since 1879.

Boston Medical and Surgical Journal 1907. Nr. 8. August 22, Pag. 241.

Die Reff. berichten über das Schiefhalsmaterial des Bostoner Kinderhospitals seit 26 Jahren.

Bezüglich der Aetiologie des angeborenen Schiefhalses halten sie die Josserand'sche Theorie von der ischämischen Kontraktur für die wahrscheinlich zutreffende.

Interessant ist eine Abbildung von 3 mit Torticollis behafteten Schwestern.

72 Fälle wurden operiert. Die quere Durchtrennung beider Kopfnickeransätze wird von einem wagrechten Schnitt dicht über der Clavicula ausgeführt. Nur ein Mal wurde auch der Scalenus tenotomiert. Der Kopf wird durch einen Kürassgipsverband in korrigierter Stellung festgehalten. Nach längstens 8 Wochen wird der Verband durch eine Stützkravatte oder einen ähnlichen einfachen Redressionsapparat ersetzt. Ueber 62 Patienten konnten später Erkundigungen eingezogen werden, 53 derselben waren völlig geheilt geblieben.

Vulpius-Heidelberg.

28) **Le Breton.** Some comments on the causes and treatment of lateral Curvature of the spine.

Buffalo medical journal. X. 07.

Le Breton empfiehlt für die Behandlung der gewöhnlichen Skoliose hauptsächlich die aktive Gymnastik und verwirft vor allen Dingen eine rein mechanische Behandlung durch Korsetts Durch Kräftigung der Muskeln, sowie durch eine Anzahl kleiner Mittel, wie Sohlenerhöhung usw. ist mehr zu erreichen, als durch komplizierte Redressions-Apparate — ein sehr anerkennenswerter Standpunkt. Sodann werden noch eine Reihe anderer Erkrankungen kurz gestreift, die zu Verkrümmungen der Wirbelsäule führen. Auch die hier eingestreuten therapeutischen Winke zeigen den rationellen Standpunkt des Verfassers, ohne etwas prinzipiell Neues zu bringen.

Rauenbusch-Heidelberg.

29) **Lorenz** (Wien). Ueber Konkavtorsion.

Zeitschr. f. orthop. Chir. 19. Bd., 1.—2. H., S 172.

Lorenz wendet sich gegen die Behauptung von Schulthess und Lovett über das Existieren einer Konkavtorsion bei seitlicher Biegung der Wirbelsäule und Rückwärtsbeugung. Bei dem anato-



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mischen Präparat wendet er ein, dass der die Rückwärtsbeugung bewirkende Strick zugleich eine Rotation im Sinne der Konkavität ausübe. Bei dem Lovettschen Bilde des aufrechtstehenden lebenden Modells weist er nach, dass die Konkavtorsion dadurch vorgetäuscht werde, dass der die Niveauveränderungen anzeigende Stab einerseits auf der tiefstehenden Skapula, anderseits nur auf den Rippen aufliege. Bei seinen Untersuchungen am lebenden Modell konnte er bei seitlicher Inflexion immer nur Konvextorsion beobachten. Das Bild der Konkavtorsion entsteht nur bei Rotation der aufrechten Wirbelsäule um ihre Längsachse. Bei der Totalskoliose spez. der linkskonvexen ist in manchen Fällen bei der Besichtigung von aussen eine Konkavtorsion festzustellen, doch weist L. nach, dass diese Konkavtorsion tatsächlich eine Konvextorsion sei und zwar des darüberliegenden Wirbelsäulenabschnitts, der eine sekundäre Biegung nach der entgegengesetzten Seite darstellt. Deshalb ist auch der häufig beobachtete Uebergang dieser Totalskoliose in eine zweifache Skoliose keine Veränderung des Typus, sondern nur eine Verschlimmerung des schon vorhandenen Zustandes. L. kommt deshalb zu dem Schlusse: „Eine Konkavtorsion im Krümmungsscheitel gibt es nicht.“ Es gehört eben diese Torsion nicht zur primären Krümmung, sondern entspricht der sekundären Gegenkrümmung des darüber liegenden Abschnitts. Auch das von Schulthess s. Zt. veröffentlichte Präparat einer Konkavtorsion ist nach Lorenz durchaus als Konvextorsion aufzufassen und zwar Konvextorsion nach rechts im Lendenteil und Konvextorsion nach links in der Brustwirbelsäule.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

30) **Ruppin**. Nachuntersuchungen über die Böhmsche Theorie der „habituellen“ Skoliose.

Diss. Leipzig 1907.

Von den drei genau nach der Vorschrift Böhms nachuntersuchten Fällen aus dem Berliner medico-mechanischen Institut sprachen zwei ohne weiteres in klarer Weise für dessen Ansicht, während der dritte Fall wohl zu jenen Fällen gerechnet werden muss, von denen Böhm sagt, dass sie durch das Phänomen der numerischen Variation „noch nicht genügend geklärt“ sind. Da es sich nur um 3 Fälle handelt, kann R. noch nicht mit Sicherheit sagen, wie häufig dieses Phänomen die Ursache für eine Skoliose abgibt; das ist ihm aber ganz sicher, dass es eine sehr wichtige Rolle in der Aetiologie des Leidens spielt. Seiner Meinung nach besitzt diese neue Theorie gegenüber den andern den grossen Vor-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zug, dass sie sich auf anatomischer Grundlage aufbaut, und dass sie sich auf Befunde stützt, die leicht nachzuprüfen sind. Ob durch dieselbe in positiver d. h. in gewinnbringender Weise die Behandlung bezw. die Prophylaxe der Skoliose beeinflusst werden wird, das lässt sich heute noch nicht feststellen, jedenfalls ist es aber nunmehr klar geworden, warum man bei den Fällen von habitueller Skoliose zwar Gesamthaltung und Muskulatur bessern, aber auf die Deformität des Skeletts selbst kaum einen korrigierenden Einfluss ausüben kann.

Blencke-Magdeburg.

31) **R. Kuh.** „Ueber das Kriechverfahren bei Skoliose." (Vortrag.)

Prager med. Wochenschr. 1907. Nr. 52.

Vortr. schildert die Technik des Klappschen Kriechverfahrens und weist daraufhin, dass dasselbe eine Vervollkommnung der von Delpeche, Fischer und Spitzy angewandten Verfahren ist. Er warnt vor einer generalisierten Anwendung des Verfahrens bei allen Skoliosenformen, insbesondere bei schwachen Kindern mit weichen Knochen. Er selbst wendet dasselbe bei seinen Pat. als Nachbehandlung nach der Entlassung aus der Anstalt an.

Carl Springer-Prag.

32) **Chalier.** Die tuberkulöse Skoliose.

Thèse Lyon 1907.

Nach Poncet-Lyon kommt als aetiologisches Moment der Skoliose auch die Tuberkulose in Betracht. Er ist der Ansicht, dass die sogenannte Spätrachitis nichts anderes sei als eine Form der Tuberkulose. Dieselbe soll durch leichte traumatische Einwirkungen ausgelöst werden. **Gaudier**-Lille.

33) **E. Pólya.** Angeborener totaler Mangel des Pectoralis maj. und min. mit partialem Defekt der knöchernen Thoraxwand.

Budapesti O. U. 1907. Nr. 43. Chirurg. Beilage Nr. 4.

Bei einem 51 Jahre alten Tagelöhner fand P. ausser dem obigen Muskeldefekte das Fehlen des Sternalendes der 4. Rippe, — an dieser Stelle Lungenhernie — Hochstand des Schulterblattes. Der Unterarm und die Hand, welche Syndaktilie der 2.—5. Finger zeigte, ist im Wachstum beträchtlich (3 + 6 cm) zurückgeblieben.

P. fasst die Deformität als in Folge mangelhafter Fruchtwasserbildung entstandene (abnormer Druck) Defektbildung auf.

Horváth - Budapest.



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

34) **Zieschang.** Ueber das Skapularkrachen.

Diss. Leipzig 1907.

In dem vorliegenden Falle gab die Ursache für das Schulterblattkrachen eine Exostosis cartilaginea bursata ab, die breitbasig der 7. Rippe aufsass und eine sehr ansehnliche Grösse hatte. Sie war 4,5 cm lang, 3,2 cm breit und 1 cm hoch. Der Fall war auch dadurch interessant, dass die Erscheinung manchmal ausblieb und dass dieses Ausbleiben auf den prall gespannten Exostosenschleimbeutel zurückzuführen war. Hier kam es nur dann zu dem typischen Geräusch, wenn durch aktive oder noch besser durch passive Bewegungen der Arm so stark nach hinten bewegt wurde, dass der untere Schulterblattwinkel durch das Hygrom hindurch an die Rippenexostose gepresst wurde. Im Anschluss an diesen Fall, bei dem also die Bursitis sicher nicht die Ursache des eigentlichen Krachens abgab, sondern dasselbe vielmehr beeinträchtigte, fügt dann Z. die Krankengeschichten der aus der Literatur gesammelten 36 Fälle von Skapularkrachen in kurzen Auszügen bei.

Blencke-Magdeburg.

35) **Stambach.** Bildung einer Nervenanastomose zwischen N. medianus und radialis infolge Radialislähmung.

Diss. München 1907.

Graff-Bonn bildete in einem Fall, bei dem neben schweren anderen Verletzungen des linken Oberarms auch der N. radialis gelähmt wurde, eine Anastomose zwischen dem N. radialis einerseits und dem intakten N. medianus andererseits. Die Nervenleitung und damit auch die Herstellung der Gebrauchsfähigkeit der Hand trat, wenn auch erst nach dreivierteljähriger Zwischenzeit, ein und nahm dann ziemlich rasch zu; der N. medianus übernahm vollkommen die Aufgabe des geschädigten N. radialis, ohne dass er dabei in seiner spezifischen Funktion eine Einbusse erlitt.

Blencke-Magdeburg.

36) **R. Bacher.** Ueber einen Fall von Beckenbruch kombiniert mit Pseudoluxation des Beckens.

Prager med. Wochenschr. 1907. Nr. 33.

Ein Holzfäller wurde vom stürzenden Baume in die Kreuzbeingegend getroffen, zu Boden geschlagen, so dass er zwischen Erde und Baum gequetscht wurde. Ausser Suffusionen zeigte sich entsprechend der Spina post. sup. sin. eine Vorwölbung. Spina ant. sup. stand etwas höher, linke Patella um $1\frac{1}{2}$ cm. höher gerückt. Bei



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

seitlichem Drucke auf das Becken Reiben an der vorgewölbten Stelle. Kein Blut im Harne. Röntgenbefund: Symphyse intakt, linker horizontaler Schambeinast querfrakturiert an der Eminentia ileopekt; weitere Fraktur an der Vereinigungsstelle des aufsteigenden Sitzbeinastes mit dem absteigenden Schambeinast. Dieselben Verhältnisse rechts. Ferner Lösung der linken Synchondrosis sacroiliaca mit Verschiebung des Kreuzbeines in das Beckeninnere. Spitze des linken proc. transv. des letzten Lendenwirbels abgebrochen. Pat. erlag einer Pneumonie, die Sektion bestätigte den Röntgenbefund.

Carl Springer-Prag.

37) **Ortloph.** Coxa vara ein Frühsymptom bei Osteomalacie.
Diss. München 1907.

Auf Grund seiner Untersuchungen, die er an 2 Fällen von Osteomalacie und an 5 Präparaten machen durfte, kommt O. zu der Ansicht, dass die Coxa vara ein Frühsymptom der Osteomalacie ist. Er fand in allen sieben Fällen eine deutliche Reduktion des Neigungswinkels des Halses zum Femurschaft; in den meisten Fällen betrug derselbe nahezu einen rechten Winkel. Zugleich bestand ein Hochstand des Trochanter. Die Verringerung des Neigungswinkels war das Resultat einer Verbiegung des Schenkelhalses und zwar so, dass der äussere obere Kontur den unteren inneren an Länge meist mehr übertraf, als es sonst normaler Weise der Fall zu sein pflegt. Die Verbiegung des Schenkelhalses ist in den jüngeren Fällen viel deutlicher als in den älteren.

Blencke-Magdeburg.

38) **Sargent.** Separation of the acetabular epiphysis of the femur. Its relation to adolescent coxa vara.
Lancet 6. VII. 07.

S. beschreibt einen Fall von traumatischer Epiphysenlösung am oberen Oberschenkelende bei einem 19jährigen Patienten, einer Verletzung, die man früher für sehr selten hielt, die man aber durch das Röntgenogramm nach verhältnismässig leichten Traumen doch häufiger gefunden hat. Der beschriebene frische Fall ist noch dadurch bemerkenswert, dass man keine Ahnung davon hatte, dass am rechten Hüftgelenk etwas nicht in Ordnung war. Bei dem an Epilepsie leidenden Patienten waren nach einem nächtlichen Anfall, bei dem er nicht aus dem Bett gefallen war, Schmerzen in der linken Hüfte aufgetreten; 1 Jahr vorher war er aus dem Bett gefallen und hatte damals schon das Gefühl, dass in seiner linken Hüfte nicht


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

alles in Ordnung sei; die rechte Seite war schmerzfrei. Trotzdem wurde auf einem zum Vergleich hergestellten Röntgenogramm auch hier eine Epiphysenlösung gefunden. Zeichnungen der Röntgogramme sind beigegeben. Aus ihnen ist natürlich nur die subjektive Ansicht des Verfassers ersichtlich. Sollte es sich bei der Doppelseitigkeit der Affektion nicht doch um eine angeborene coxa vara handeln?

Rauenbusch-Heidelberg.

39) **H. Schloffer** (Innsbruck). Allmähliches Entstehen einer Luxatio femoris centralis.

Arch. f. klin. Chir. Bd. 84, Heft 2, Pag. 499.

Bisher sind ca. 40 Fälle von Luxatio femoris centralis oder besser von „Becken- oder Pfannenbruch mit Dislokation (Luxation) des Femurkopfes in das Becken" bekannt. Während man früher das Zustandekommen der Verletzung sich so vorstellte, dass eine den Trochanter treffende Gewalt sich in der Richtung der Schenkelhalslinie fortpflanze, stellte Simon die Behauptung auf, dass die Häufung mehrerer einander folgender Gewalteinwirkungen zum Entstehen einer solchen Luxation nötig sei. Schl. konnte nun einen Fall beobachten, bei dem sich nach einer Beckenfraktur allmählich unter der Einwirkung zeitlich getrennter Gewalten eine Luxatio centralis entwickelte.

Bei einem Bauernknecht, der von einem Baumstamm in die rechte Hüftgegend getroffen war, ergab das 11 Tage nach der Verletzung angefertigte Röntgenbild eine Beckenfraktur und zwar war ein Bruchstück, das das ganze Sitzbein und kleinere zur Pfanne gehörende Teile des Darm- und Schambeins umfasste, losgesprengt. Es war weder eine Dislokation des Femurkopfes und von Beckenfragmenten, noch eine Verkürzung des Beines nachzuweisen. Die Therapie bestand, da auch das Knie verletzt war, in einem Gipsverband bis zur Hüfte. Nach 6 Wochen fiel auf, dass der Trochanter eingesunken war; auch konnte man eine Verkürzung der Extremität um 3 cm feststellen. Der Trochanter stand über der Roser-Nélaton'schen Linie. Aus dem jetzt angefertigten Röntgenbild ersah man, dass der Kopf bedeutend über die Linea innominata gegen das Beckeninnere hinausragte und dass die Beckenfragmente disloziert waren.

Das späte Auftreten der Dislokation und der Luxatio femoris erklärt Schl. so, dass unter dem in der Richtung des Schenkelhalses stattgehabten Zug der vom Becken zum Oberschenkel ziehenden Muskeln eine Schädigung des noch weichen Callus mit folgender


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verschiebung des losgelösten Beckenfragmentes eintrat. Es waren also zwei Kräfte hintereinander wirksam, von denen die erste (das eigentliche Trauma) nur die Beckenfraktur, die zweite (der Muskelzug) die Dislokation bewirkte.

Diese Tatsachen sind für unser therapeutisches Vorgehen von grosser Bedeutung: wir werden, wenn es nur einigermassen möglich, einen Extensionsverband anlegen oder wenigstens die Stellung des Femur einer öfteren Kontrolle unterziehen.

Zum Schlusse geht Schl. noch kurz auf die Einteilung der Fälle von Luxatio femoris centralis in einzelne Gruppen ein und hält im allgemeinen die Wilmssche Einteilung (Fälle mit reiner Perforation des Kopfes durch die Pfanne und Fälle, die durch Beckenbrüche kompliziert sind) für richtig. **Stoffel**-Heidelberg.

40) **Judet** (Paris). Traitement de la luxation congénitale de la hanche par la méthode abrégée.

Le Progrès Médical 1907. Nr. 29, pag. 449.

Weder Einrenkung noch Verbandanlegung noch Nachbehandlung unterscheiden sich irgendwie vom gebräuchlichen Verfahren. Nur lässt J. den Verband in Primärstellung meist $4^1/_2$—5 Monate liegen und lässt dann das Gelenk frei. Ob dies stets richtig und erfolgreich ist, erscheint Ref. zweifelhaft. Uebrigens ist dies Verfahren in Deutschland nicht neu. **Vulpius**-Heidelberg.

41) **Kurtz** (Los Angeles). Mechanical treatment of hip-joint disease.

California State Journal of Medicine V. No. 10. Okt. 1907, pag. 260.

Bestehen akute Entzündungserscheinungen, so verwendet K. zunächst Bettruhe und Extension. Ist eine Kontraktur vorhanden, so wird in Narkose redressiert und für 6—8 Wochen im Gipsverband immobilisiert.

Letzterer wird dann durch eine möglichst einfache modifizierte Thomas-Schiene ersetzt.

Er bespricht kurz auch die in Europa und Amerika gebräuchlichen portativen Apparate, die indessen für die Armenpraxis meist zu kostspielig sind. **Vulpius**-Heidelberg.

42) **Fr. König** (Altona). Ueber die blutige Behandlung subkutaner Frakturen des Oberschenkels.

Arch. f. klin. Chirurg. Bd. 83. Heft 4. pag. 1032.

K. behandelt die Frage, welche subkutane Frakturformen des Oberschenkels eine frühzeitige blutige Reposition indizieren und stellt die Grenzen des operativen Vorgehens fest.



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In erster Linie stehen die Schenkelhalsbrüche. Gar zu häufig nehmen wir bei den extrakapsulären eingekeilten Brüchen eine anatomisch-knöcherne Heilung an. Allmählich sich einstellende Störungen beim Gehen klären uns über die fibröse Natur der Knochennarbe auf. Von grosser Bedeutung ist das Röntgenbild: „Solange noch ein lichter Streifen die alte Frakturstelle anzeigt, können wir nicht von knöcherner Heilung reden.“

Noch betrübender sind die Erfolge der unblutigen Behandlung bei den intrakapsulären Brüchen ohne Einkeilung, die in jedem Lebensalter vorkommen können. Fibröse Verbindung und Diastase der Knochenfragmente sind so häufig das Endresultat. Diesen unangenehmen Ausgängen können wir dadurch steuern, dass wir möglichst frühzeitig anatomisch richtige Verhältnisse schaffen, d. h. die Knochenstücke durch möglichst tief greifende Knochennaht aneinanderpressen. K. hat mit dieser Methode sehr gute Resultate erzielt. Er wählt dazu den einfachen vorderen Schnitt, entfernt den Bluterguss, sowie etwaige interponierte Teile und vereinigt die gut reponierten Fragmente durch möglichst tief greifende Knochennähte. Die Kapsel wird mit Seide genäht, die Wunde geschlossen. Baldige Massage; Bettruhe auf 10—12 Wochen.

Ferner käme der Abbruch des Trochanter major in Betracht. Die bald einsetzende Schädigung der dort inserierenden Muskeln fordert uns zu möglichst frühzeitiger operativer Fixation des Skelettstücks auf.

Die infratrochanteren Schrägbrüche mit ihren durch die anatomischen Verhältnisse (kurzes oberes und langes unteres Bruchstück, Muskelzug, Interposition) bedingten Dislokationen und Repositionsschwierigkeiten erheischen oft auch ein operatives Vorgehen. Durch Schrauben, Agraffen, Nägel müssen wir eine exakte Fixation sichern. K. verwendete dazu eine um die Fraktur gelegte und mit den Bruchenden vernähte Metallplatte.

Bei den suprakondylären und Kondylenbrüchen am distalen Femurende können wir bei Interposition oder bei der Unmöglichkeit, die Gelenkflächen aneinander zu bringen, mit dem unblutigen Verfahren nicht zum Ziele gelangen.

Die irreponible traumatische Lösung der unteren Femurepiphyse hat bis jetzt schon mehrere Male Veranlassung zur Operation gegeben.

K. schlägt vor, erst nach völliger Entleerung des Haemarthros durch Punktion die unblutige Reposition zu versuchen.

Selbstverständlich ist eine tadellose Asepsis die Conditio sine qua non für alle diese Operationen. **Stoffel**-Heidelberg.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

43) **Lambotte** (Anvers). Remarques sur la mobilisation du genou après l'ostéosynthèse du femur.

Bulletin medical des accidents du travail. 15. Sept. 1907.

Um die Versteifung des Kniegelenkes während der Heilung von Femurverletzungen zu verhüten, lässt L. das Kniegelenk in Beugestellung im Verband feststellen.

Täglich wird das Gelenk passiv gestreckt und kommt dann wieder in den Flexionsverband.

In 4 Fällen wurde ein vorzügliches Resultat erzielt. Verf. glaubt, dass die gleiche Behandlung wie bei Femurfrakturen auch für Kondylen- und Patellafrakturen empfehlenswert sei.

Kaisin-Floreffe.

44) **Anton Bum** (Wien). Perineurale Infiltrationstherapie der Ischias.

Wiener med. Presse. 1907. Nr. 46.

Uebereinstimmend mit Lange hält Verfasser die mechanische Wirkung der in die Umgebung des foramen ischiadicum eingespritzten relativ grossen Flüssigkeitsmenge für das ausschlaggebende Moment bei der Infiltrationstherapie der peripheren Ischias, nicht aber den Gehalt der Injektionsflüssigkeit an Kokain und dgl.

Er verfügt über eine Statistik von 73 Fällen, von denen 62.6 Prozent vollständig geheilt, 20.8 Prozent gebessert wurden. Bei 7.4 Prozent trat Rezidiv ein, in 8.9 Prozent wurde keine Besserung erzielt.

Das Instrumentarium besteht aus einer 100 ccm fassenden Rekordspritze, einer etwas gekrümmten mittelstarken 8 cm langen Kanüle und einem kurzen Verbindungsschlauch aus Durit. Als Injektionsflüssigkeit benutzt er sterile 8 ‰ Kochsalzlösung.

Der Patient ist in Knieellenbogenlage. Der Einstich wird an der Stelle des Oberschenkels gemacht, an welcher der lange Kopf des Bizeps vom Glutäus maximus geschnitten wird. Ein Zucken der Extremität oder ein plötzlich auftretender heftiger Schmerz zeigt an, dass der Nerv erreicht ist. Die Spritze wird mittels des Duritschlauches an die Kanüle angeschlossen und der ganze Inhalt unter kontinuierlichem Druck auf einmal injiziert.

In einer Anzahl Fälle genügte eine Injektion. In anderen musste sie wiederholt werden.

Die Wirkung ist rein mechanisch und besteht in Dehnung und Mobilisierung der Nervenscheide.

Angezeigt ist nach Bum die Infiltrationstherapie bei allen Formen unkomplizierter, essentieller, subakuter und chronischer



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

peripherer Ischias. Bei zentralen Erkrankungen ist ebenso wenig ein Erfolg zu erwarten, als wie bei toxischen Neuralgien. Auch Ischias bei höhergradiger Arteriosklerose schliesst Verf. aus.

Bei akuten Fällen will Verf. die Methode nicht anwenden und nur solche subakute Fälle injizieren, die nach drei- bis vierwöchentlicher Behandlung mit Bettruhe und Diaphorese noch das Bild einer peripheren Ischias bieten. **Spitzy** - Graz.

45) **Hrach** (Jaroslau). Ein Fall von Pseudoluxation der Patella.

Wiener med. Wochenschr. 1907. Nr. 97.

Ein Infanterist wird vorgestellt, der vor 3 Jahren durch Sturz auf das Knie eine Verletzung unterhalb der Kniescheibe erlitten hatte. Die Patella ist beträchtlich nach oben verzogen. Die Funktion des Beines ist soweit wieder hergestellt, dass der Mann Feldarbeiten, allerdings unter Anwendung besonderer Vorsicht, verrichten kann. Verf. hält jetzt eine Operation nicht mehr für angezeigt, da der Quadrizeps zu sehr verkürzt ist. Gleich nach der Verletzung hätte das ligamentum patellae genäht werden müssen.

Spitzy - Graz.

46) **Arnswalder.** Resultate der offenen Silberdrahtnaht bei frischen subkutanen Querfrakturen der Patella.

Diss. Leipzig 1907.

Auf Grund seiner an 21 Fällen gemachten Erfahrungen und auf Grund der Veröffentlichungen aus anderen Krankenhäusern stellt A. für die Behandlung der Kniescheibenbrüche folgende Sätze auf: Die unblutigen Methoden führen in einer grossen Zahl von Fällen nur zur fibrösen Vereinigung der Fragmente, dagegen bietet von den operativen Verfahren nur die offene Naht die Möglichkeit zu einer genauen Adaption der Bruchstücke. Die Gefahren der Eröffnung des Gelenkes lassen sich bei strenger Asepsis beherrschen. Die offene Naht gibt fast stets ein gutes anatomisches, in der Mehrzahl auch ein gutes funktionelles Resultat; deshalb sollte sie nur bei zwingender Kontraindikation, allgemeiner oder lokaler schwerer Erkrankung unterlassen, sonst aber bei jeder Patellafraktur ausgeführt werden. **Blencke**-Magdeburg.

47) **H. Coenen** (Berlin). Zur plastischen Behandlung der Unterschenkelpseudarthrosen.

Archiv für klin. Chirurgie. Bd. 83. Heft 4. Pag. 1011.

Da die Müllersche Knochenplastik bei Pseudarthrosen (Bildung



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eines zungenförmigen Hautperiostknochenlappens vom unteren Fragment) in den Fällen, in denen die Tibiafragmente schmal und spitz sind, nicht anwendbar ist, versuchte zuerst Reichel die Plastik mit einem gestielten Hautperiostknochenlappen vom gesunden Unterschenkel. Diese Methode, die gute Erfolge zeitigte, hat anscheinend wenig Nachahmung gefunden. C. berichtet nun über zwei weitere gute Resultate mit dieser Methode. Es handelt sich um zwei seit der frühesten Kindheit bestehende Pseudarthrosen der Tibia und Fibula, die jeder Behandlung trotzten. Aus dem gesunden Unterschenkel wurde ein Hautperiostknochenlappen, dessen Stiel an der Fibula lag, während der freie Rand der inneren Tibiakante entsprach, gebildet und über die Pseudarthrosenstelle geklappt. Ein Gipsverband sicherte die Stellung der Beine. Der Stiel wurde nach einigen Tagen mehrmals eingeschnitten und nach 14 Tagen völlig durchtrennt. Die Fibulafragmente werden durch einen in die Markhöhle geschobenen Elfenbeinstift fixiert. In beiden Fällen kam es zu fester Konsolidation. Zwei weitere Fälle von Pseudarthrose bieten klinisch manches Bemerkenswerte. Beide konnten durch Knochennaht (Silberdrähte) zur Heilung gebracht werden. Bei dem einen (Unterschenkelfraktur vor 2 Jahren) hatte sich ein mächtiger, keulenförmiger, Tibia- und Fibulafragmente ummauernder Knochenkallus gebildet, der an seinen „Gelenkflächen" einen richtigen Knorpelüberzug aufwies. Der andere stellte eine Pseudarthrose des Oberschenkels dar. Die Fragmente zeigten keine Spur von Kallus. Eine Drahtnaht brachte Konsolidation, die freilich sehr langsam (im Verlaufe eines Jahres) eintrat.

Beim letzten Fall handelte es sich um einen Defekt des proximalen Endes der Tibia mit Erhaltung des Tibiakopfes (starke Zertrümmerung des oberen Endes der Tibia durch Ueberfahrenwerden, Pseudarthrose). Die Fibula war intakt. Aus der Tibia der andern Seite wurde ein Periostknochenlappen ausgesägt und in den Defekt der Tibia gelegt. Feste Einheilung des Knochenstücks. Es war die letzte Operation, die v. Bergmann in der Kgl. Klinik machte.

Stoffel-Heidelberg.

48) **Staffhorst.** Die chronische Knochenhautentzündung am Ober- und Unterschenkel infolge des militärischen Dienstes.

Diss. Leipzig 1907.

Nach St. Untersuchungen kommt die chronische Knochenhautentzündung am häufigsten bei den Fusstruppen vor, und zwar erkranken besonders die jungen Soldaten und vor allen Dingen die


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Rekruten vom Lande in den ersten Monaten des Dienstes infolge des strammen Marschierens. Die Entzündung, die niemals zur Eiterung führt, tritt selten am Oberschenkel, meistens am Unterschenkel auf und zwar am häufigsten am oberen inneren Schienbeinrande; es handelt sich meistens nur um eine bindegewebige Verdickung des Periostes. Knochenneubildungen sind selten. Plattfussanlage, Fehler am Knochengerüst, die auf eine überstandene Rachitis hinweisen, begünstigen die Entstehung der Knochenhautentzündung, bei der eine besondere Behandlung in den meisten Fällen nicht nötig ist. **Blencke**-Magdeburg.

49) **Walson.** A method of amputation at the ankle-joint which leaves the heel intact.

Lancet 10. VIII. 07.

W. schildert eine Operation, die er in zwei Fällen von lange bestehenden unbehandelten Klumpfüssen vorgenommen hat und die der le Fortschen Modifikation der Pirogoffschen Operation ähnelt. Er schlägt den Namen amputatio transcalcanea dafür vor.

Der Hauptsache nach besteht die Operation darin, dass nach Entfernung des Talus und Amputation des Vorderfusses eine Arthrodese zwischen dem allein zurückgelassenen Calcaneus, der vom Knorpel befreit und so zugestutzt wird, dass er in die Malleolengabel hineinpasst, und den beiden ebenfalls sorgfältig vom Knorpel befreiten Unterschenkelknochen hergestellt wird.

Wer die nach meiner Ansicht auch beim schwersten Klumpfuss völlig überflüssige Operation nachmachen will, findet die Schnittführung u. s. w. eingehend in der Originalarbeit beschrieben.

Zum Schluss folgt die Beschreibung zweier und Abbildung eines Falles. **Rauenbusch**-Heidelberg.

50) **E. Kopits.** Die Behandlung des angeborenen Klumpfusses.

Orvosi Hetilap. 1907. Nr. 37—38.

Referat erschien im Zentralblatte Band I, Heft 10. Kongressbericht. **Horváth**-Budapest.

51) **Salomon.** Funktionelle abnorme Handstellung. Gesellschaft für innere Medizin in Wien. 7. III. 07.

Nach Deutsche med. Wochenschr. 1907. Nr. 36, Pag. 1880.

Ein Lehrer, der vor 5 Jahren an nervösen Zuständen, vor einem Jahre im Anschluss an eine Pneumonie an einer 14 Tage dauernden Schwäche der linken Körperhälfte litt, bekam Oktober


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

1906 beim Harmoniumspielen einen Krampf in der rechten Hand. Später gesellten sich Schmerzen, Oedeme, Zuckungen, zuletzt Steifigkeit der Finger und Kontrakturstellung hinzu. Jetziger Zustand: Flexionskontraktur des Vorderarms und der Hand, Hyperextension des Zeige- und Mittelfingers, Beugung der übrigen Finger im Grundgelenk, sonst Hyperextension. Hyperaesthesie der Hand, Tremor. In der Diskussion spricht sich Fuchs für eine Athetose, der eine Encephalitis zu Grunde liegt, aus. **Steffel**-Heidelberg.

IV. Kongress der italienischen Gesellschaft für Orthopädie in Bologna 15. Oktober 1907. Istituto ortopedico Rizzoli.

Auf der Tagesordnung steht:

Behandlung der tuberkulösen Spondylitis.

Referenten:

Prof. Riccardo Galeazzi-Mailand; Prof. Raffaele Bastianelli-Rom.

Galeazzi lässt sich über die orthopädische Behandlung der Spondylitis bei bereits gebildetem Gibbus aus.

Redner unterwirft die heutige Richtung der Therapie, die auf das Redressement der Kyphose ausgeht, einer kritischen Würdigung, indem er seinen Ausführungen die Wullsteinsche Technik zu Grunde legt.

Sein Urteil auf die pathologische Anatomie und seine klinische Erfahrung stützend, bekämpft er die Berechtigung des Redressements und zeigt, dass jedwedes Manöver in diesem Sinne nicht nur in Widerspruch steht mit den bei der Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose einmütig acceptierten allgemeinen Prinzipien, sondern voller Gefahren ist und bisher recht zweifelhafte Resultate im Gefolge gehabt hat.

Schliesslich stellt er die Punkte fest, die er bei der Behandlung der tuberkulösen Spondylitis für die rationellsten hält und hebt nochmals die einzigen Mittel hervor, die bei dem heutigen Stand der Wissenschaft geeignet sind, die Ausgänge dieser Lokalisation der Tuberkulose zu weniger unheilvollen zu machen, nämlich die frühzeitige Behandlung in eigenen chirurgischen Sanatorien.

Bastianelli beschäftigt sich vor allem mit der chirurgischen Behandlung der nervösen Komplikationen; er hält dieselbe für be-

Generated on 2019-06-08 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by 

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

rechtigt, auch in Anbetracht dessen, dass 50 Prozent der Individuen, namentlich Erwachsene, nicht spontan zur Heilung kommen. Er setzt die anatomischen Verhältnisse auseinander, welche Kompression des Rückenmarks bedingen, und hält dieselbe im Gegensatz zu der Ansicht der meisten für ziemlich häufig. Die Symptome, durch welche die Diagnose der Kompression und ihrer Natur ermöglicht wird, werden aufgezählt.

Durch das statistische Studium der von ihm gesammelten Fälle von Laminektomie kommt er zu dem Schluss, dass diese bei vorderer Tuberkulose 75 Prozent Dauerheilungen gibt, wenn der tuberkulöse Knochenprozess abgelaufen, und 28 Prozent, wenn der Prozess florid ist. 18 Prozent Heilungen würden hingegen bei der hinteren Tuberkulose erzielt.

Er bestimmt die Indikationen der Laminektomie und erörtert die Kontraindikationen derselben. Er zeigt sich der Laminektomie geneigt, welche in den gut ausgewählten Fällen nicht nur zur Heilung der nervösen Komplikationen führen, sondern auch günstige Verhältnisse für die Heilung der Wirbeltuberkulose schaffen kann.

Er stellt einen Vergleich an zwischen der Laminektomie und den Operationen auf vorderem Wege. Der Schluss, zu dem er dabei gelangt, geht dahin, dass der vordere Weg als Behandlungsmittel der spondylitischen Läsion als der anderen überlegen zu betrachten ist, und er meint, dass in vielen Fällen die Kombination der beiden Wege zur Inangriffnahme des Herdes vorteilhaft sein könne.

Was die Abszesse anbelangt, so kommt er zu dem allgemein angenommenen Schluss, dass ein chirurgischer Eingriff nach vergeblichem Versuch der übrigen wohlbekannten Hilfsmittel vorzunehmen sei und dass der Eingriff die Radikalbehandlung im Auge haben müsse.

Schulthess (Zürich). Demonstration anatomischer Präparate über Spondylitis.

Im Zusammenhang mit der Gefässverteilung im Wirbelkörper unterscheidet Redner dreierlei Formen von Spondylitis: eine epiphysäre, eine zentrale und eine oberflächliche. Eine vierte Form, die synoviale, ist von geringerer Bedeutung für sein Studium.

Von den vier Formen legt er anatomische Präparate vor, welche auch zeigen, welche Gefahren man zur Erzielung einer Heilung vermeiden muss.

Diskussion. **M. Salaghi.** Bei der initialen Spondylitis lässt sich durch Hervorrufen von seitlichen Bewegungen zwischen den erkrankten Wirbeln die Diagnose bedeutend fördern. Für die Be-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

handlung empfiehlt er die Anwendung von Gipskorsetten bei Kniebrustlage der Kranken und leichtem Druck auf die Gibbosität.

Biondi. In den Fällen von Spondylitis, in denen der operative Eingriff indiziert ist, gibt er dem paravertebralen Weg den Vorzug. Bei den hohen Halsspondylitiden ist inbezug auf die Ausgänge zwischen Kindern und Erwachsenen zu unterscheiden. Während jene schwere Läsionen ohne grossen Schaden ertragen, unterliegen diese häufig unmittelbar. Er hat drei Kranke, welche trotz aller Warnungen den Immobilisations-Apparat entfernen wollten, sofort sterben sehen. Demonstration des einem dieser Fälle entnommenen anatomischen Präparates.

Codivilla. Redner teilt die Ansichten der Referenten. Der allzu weit getriebene Begriff der orthomorphen Therapie widerstreitet dem Zweck der Behandlung. Aus seiner Statistik (267 Fälle) hat er die Ueberzeugung gewinnen können, dass eine zu lange Immobilisierung in Gipskorsetten dem Allgemeinbefinden der Kranken schädlich ist.

In zwei Fällen von spondylitischer Skoliose vom Typus der Scoliosis ischiadica hat er radiographisch begrenzte seitliche Herde auf der Seite der Konvexität gefunden, was auf den Gedanken führt, dass die Haltung der Wirbelsäule darauf zu beziehen sei, dass der Kranke den lädierten Teil zu entlasten sucht. Für die Therapie weist er die Notwendigkeit radiographischer Untersuchungen bei anscheinender Scoliosis ischiadica nach.

Schulthess. Ist die Wirbelläsion eine ausgedehnte, so bekommt man ein Fallen des Rumpfes nach der Seite, wo die Zerstörung am grössten ist, im Gegensatz zur begrenzten Läsion. Im ersten Fall Codivillas sieht er in der Radiographie einen grösseren Herd auf der Seite der Konkavität, so dass es sich nach Sch. um die erste der beiden von ihm bezeichneten Formen handeln würde.

Codivilla kann Schulthess inbezug auf den grösseren Herd auf der Seite der Konkavität nicht beistimmen. Die Geschichte des Kranken erwähnt einen grossen Darmbeinabszess auf der konvexen Seite.

Galeazzi ist der Ansicht, dass bei der Spondylitis der Erwachsenen dem operativen Eingriff weitere Grenzen als bisher gesteckt werden müssten. Er gibt dem para-vertebralen Weg den Vorzug. Die von Salaghi angetroffene Beweglichkeit beweist, dass der Prozess auf dem Wege zur Heilung ist, da man im Beginn Kontraktur und Immobilisierung hat. Codivilla stimmt er inbezug auf die durch allzu lange Immobilisierung erzeugten Nachteile bei.



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bastianelli resumiert die von Lovett an den Kongress eingesandte Arbeit, die sich auf die Analyse von 1800 Fällen von Spondylitis stützt. Lovett schliesst dahin, das die orthopädische Behandlung mehr und mehr zu Gunsten der Ruhebehandlung in freier Luft aufgegeben werden müsse.

Secchi stimmt mit den Vorrednern darin überein, dass die Therapie der Spondylitis in den letzten Jahren nicht viel gewonnen hat. Von orthopädischer Seite ist alles zu tun, aber nichts gewaltsames.

M. Salaghi. Durch das Eingreifen am beginnenden Gibbus wird eine Diastase hervorgerufen, welche nicht schädlich sein kann.

Spitzy (Graz). Beitrag zur Nervenchirurgie.

Nach einem historischen Ueberblick bespricht Redn. die Resultate seiner langen Erfahrung auf dem Gebiete der Nervenüberpflanzungen.

Bei der poliomyelitischen Lähmung des Peroneus hat er durch Einpflanzung des peripheren Endes des gelähmten Nerven in einen Längsschnitt des N. tibialis oder durch Vereinigung des ersteren mit einem von letzterem abgetrennten Lappen fast stets gute Erfolge erzielt, zumal wenn die Kraft des Hilfsnerven intakt war.

Dagegen war der Erfolg ein konstant negativer bei den Einpfropfungsversuchen des N. obturatorius auf den N. cruralis bei Lähmung des Quadriceps femoris.

Die Methode besitzt jedoch die weitesten Anwendungsmöglichkeiten und die besten Chancen auf dem Gebiet der Lähmungen der oberen Extremitäten, wo wenig von den Sehnenüberpflanzungen zu erwarten ist. Gute Resultate hat Redn. bei Lähmungen des N. radialis durch Ueberpflanzung eines Lappens des N. medianus auf den gelähmten Nerven erzielt und zwar auch bei spastischen Lähmungen.

In sämtlichen Fällen lässt die Heilung lange auf sich warten und zwar um so länger, je mehr Zeit seit Auftreten der Lähmung verflossen ist. Der Erfolg ist stets von einer sehr sorgfältigen Operationstechnik abhängig.

Diskussion. **Galeazzi.** Der Nervenüberpflanzung steht eine grosse Zukunft bevor. In einem Fall von Lähmung des Deltoides hat er eine direkte Ueberpflanzung des N. circumflexus auf den N. medianus ausgeführt. Nach 8 Monaten ist das Resultat kein vollständiges, lässt aber auf einen guten Enderfolg hoffen.

Bei der Athetosis hat er Nervenkreuzungen und vorübergehende Funktionssuspendierungen durch Neurotomien vorgenommen. Er kann nicht über die Enderfolge berichten, da die Methoden seit zu kurzer Zeit versucht sind.



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:04 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Codivilla. In einem äusserst schweren Fall von Athetosis einer oberen Extremität hat er eine vollständige Kreuzung des Plexus brachialis vorgenommen. Doch ist der Erfolg ein negativer gewesen. Bessere Resultate hat er bei der Athetosis durch Myotomien und Sehnenüberpflanzungen erzielt.

Ruggi (Bologna). Einige anatomisch und orthopädisch interessante klinische Fälle.

Redn. bespricht den Einfluss, den die Wissenschaften stets auf die Künste gezeigt haben; inbezug auf die Chirurgie die Bedeutung, die für diese die physiologische Anatomie und dann die Pathologie gehabt hat.

Er erinnert daran, wie häufig die exakte Kenntnis von ersterer verloren wird und hält es für angemessen, über 3 Fälle zu berichten, die deutlich die Wichtigkeit der physiologisch-anatomischen Kenntnisse für die chirurgische Praxis dartun.

1. Fall. Derselbe betrifft einen 22 jährigen Mann, der durch Explosion einer Schusswaffe schwere Läsionen an der linken Hand davontrug. Darunter war von höchster Wichtigkeit eine tiefe, lineäre Wunde an der Handfläche an der Basis der Daumenballengegend, aus der ein keilförmiges Knochenfragment hervorragte, das durch an ihm adhärente Muskelbündel nach aussen gezerrt wurde. Nach Feststellung, dass die dabei tätigen Muskeln der kurze Beuger und der kurze Adduktor des Daumens waren, hatte er den Beweis, dass zur Erzielung der Annäherung des Knochenfragmentes an die vordere obere und äussere Portion der Basis der ersten Phalanx des linken Daumens, von der es herrührte, es notwendig war, den Daumen selbst in starke Flexion und Abduktion zu legen zwecks Annäherung der Ansatzstellen der beiden Muskeln, welche das Fragment verlagert hielten. Er bediente sich dieses Hilfsmittels mit Glück. Die diesbezügliche Radiographie legt er vor.

2. Fall. Bauer mit zwei grossen beweglichen Gelenkkörpern, der eine derselben im vorderen, der andere im hinteren Recessus des Kniegelenkes. Unter Leitung der Anatomie erreicht er die hintere Einsackung, indem er in der Kniekehle längs des inneren Randes des Bizeps einging und das hintere Band des Gelenkes inzidierte. Der vordere bewegliche Körper bot keine technischen Schwierigkeiten für die Extraktion. Auch in diesem Falle hatte Redn. einen glücklichen und prompten Erfolg. Er demonstriert die Radiographien der Gelenkkörper an ihrem Sitz.

3. Fall. Betraf ebenfalls einen 51 jährigen Bauer mit einem Knochensarkom periostalen Ursprungs, das sich an dem oberen Drittel



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

des Femur, besonders gegenüber dem grossen Trochanter entwickelt hatte. Dasselbe zog nicht das Gelenk in Mitleidenschaft, gab jedoch der Extremität die coxo-femorale Fixation und die ganzen objektiven Symptome der Koxitis im ersten Stadium. Es fehlte jedoch der charakteristische Schmerz und die Radiographie zeigte die Integrität des Hüftgelenks. Auf Grund der Anatomie erklärt Redner die beobachteten Erscheinungen, während der Operation und nach derselben erweist sich die Richtigkeit der vertretenen Behauptungen.

Auch dieser Fall hat einen glücklichen Erfolg gehabt, der noch jetzt anhält. Es sind jedoch zu wenig Monate verflossen, um über Dauerheilung zu urteilen. Der Kranke verweigerte den empfohlenen Radikaleingriff.

Busi (Bologna). Radiographien über einige Fälle von Anomalien in der Skelettentwicklung.

Redner demonstriert mit Hülfe von Projektionen die von ihm in drei Fällen von alterierter Skelettentwickung ausgeführten Radiogramme.

1. Myxoedema infantile bei einem 13 jährigen Jungen. Die Ossifikation verschiedener Regionen des Skeletts ist so verzögert, dass man sie mit der eines 3 Jahre alten Kindes vergleichen kann. An den nach zwei Jahren der Schilddrüsenbehandlung ausgeführten Radiogrammen lässt sich die grosse Bedeutung dieser Therapieart des Myxödems feststellen.

2. Mongolischer Idiotismus oder Mongolismus. 12½ jähr. Mädchen, 0,76 m gross. Die Ossifikation ist in gewissen Regionen stark verzögert. Charakteristische Alterationen in den diaepiphysären Räumen. Radiographische Differentialdiagnose zwischen Myxödem und Mongolismus.

3. Zwergwuchs. 41 jähriger Mann, 1,10 m gross. Persistenz sämtlicher epiphysären Linien.

Palagi (Mailand). Zur Spätrachitis.

In dem Istituto dei Rachitici zu Mailand hat P. 12 Fälle von Spätrachitis untersucht. Klinisch lässt sich diese Krankheitsform immer von der Osteomalacie differenzieren. Die radiographischen Befunde sind stets charakteristisch. Die histologische Untersuchung zeigt ihre Identität mit der Kinderrachitis. In zwei Fällen hat er Untersuchungen über den Stoffwechsel angestellt. Es ergab sich daraus unter anderem eine sehr reduzierte Calciumelimination durch den Harn. Redn. schliesst dahin, dass die Spätrachitis ein viel häufigeres Leiden ist, als allgemein angenommen wird.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Almerini (Mailand). Umschriebene Jugendformen des v. Recklinghausenschen Knochenleidens.

Aus zwei von ihm beobachteten Fällen, von denen er Radiogramme und Mikrophotographien vorlegt, nimmt Redn. Veranlassung zur Besprechung der Bedeutung des v. Recklinghausenschen Knochenleidens unter besonderer Berücksichtigung der circumskripten Jugendformen.

Bei der Mehrzahl der Jugendformen ist das Knochenleiden ein umschriebenes, entwickelt sich in den juxtaepiphysären Gebieten der Röhrenknochen und bevorzugt die Subtrochanterstrecke des Femur. Anatomisch resultiert der Prozess aus einer endossären Bindegewebsneubildung, in der der fibröse oder fibrosarkomatöse Bau überwiegt. Das mikrophotographische Aussehen des Prozesses berechtigt zu seiner nosologischen Auffassung als Chondrofibrom. Der gewöhnliche Ausgang des Prozesses in zystische Entartung zeugt gleichfalls für seine neoplastische Beschaffenheit.

Anzilotti (Pisa). Ueber einige die Osteogenese bei der Konsolidierungsverzögerung der Frakturen fördernde Substanzen.

Bei den Konsolidierungsverzögerungen hat Redn. mit bestem Erfolg Gelatineinjektionen zur Anwendung gebracht. Ueber den osteogenetischen Wirkungsmechanismus der Gelatine glaubt er die Hypothese aufstellen zu können, dass die Gelatine durch ihre chemische Verwandtschaft mit dem Osseïn solches bilde und auch seine Produktion anrege. Ausserdem wirke die Gelatine durch die in ihr enthaltenen Kalksalze und durch ihre Eigenschaft, diejenigen, welche im Kreislaufe sind, zu fixieren. Er schlägt den Zusatz von Kalziumchlorid zu den Gelatinelösungen vor, weil er experimentell hat nachweisen können, dass dieses Salz in hypodermalen Injektionen ausserordentlich die Kallusbildung fördert. Schliesslich behält er sich vor, die Methode zur Erleichterung aller osteogenetischen Vorgänge zur Anwendung zu bringen.

Diskussion. Almerini hat auch in diesem Jahre mit gutem Erfolg Gelatineinjektionen in verschiedenen Fällen vorgenommen. Die radiographische Untersuchung kann keine Garantie der Sicherheit bieten; mehr Wert hat die klinische Untersuchung.

Serena (Rom). Die Klasse der Orthopädie in den Gemeindeschulen zu Rom.

Redn. berichtet über Einrichtung und Resultate der orthopädischen Klasse in den Schulen von Rom, der ersten, die in Italien mit echt wissenschaftlichen Zielen eingerichtet wurde. Trotz der Bescheidenheit



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Einrichtung und der nicht grossen Anzahl der bisher behandelten Patienten lässt sich doch bereits aus diesem ersten Bericht ersehen, von wie grossem Nutzen für die Schulhygiene eine rationelle Therapie jener Deformitäten sein kann, welche in der Schule selbst ihr hauptsächliches pathogenetisches Moment finden.

Schiassi (Bologna). Ob die durch Verabreichung der Anaesthetica per rectum erzielte allgemeine Narkose verdient, in die chirurgische Praxis eingeführt zu werden.

Unter Hinweis darauf, dass bei den Operationen am Gesicht, Kopf, Hals die Anwesenheit der Narkosenapparate häufig hinderlich wird. berichtet Redn., wie er bei einer Laryngektomieoperation dazu getrieben worden ist, die Verabfolgung des Narkotikum auf rektalem Weg zu versuchen.

Redn. hat gegenwärtig schon verschiedene Male die Methode erprobt, wobei er als Narkotikum Schwefeläther verwandte. Stets schickt er der Narkose eine subkutane Injektion von 0.01 g Morphium oder 1/2 Milligramm Skopolamin voraus.

Die Anaesthesie darf nicht über 45 Minuten ausgedehnt werden.

Perrone (Neapel). Eine neue Aetiologie und eine neue Behandlungsmethode der angeborenen Skoliose.

Bei den drei vom Redn. studierten Skeletten (aus dem pathologisch-anatomischen Museum der Universität von Berlin) liegt die Ursache der Skoliose in der unkompletten und unvollkommenen Assimilation oder Inkorporation des 5. Lendenwirbels seitens des Kreuzbeins, welcher deshalb zu einem lumbosakralen Uebergangswirbel wird. Der embryologische Prozess der mehr oder weniger vollständigen Verschmelzung eines der Querfortsätze des 5. Lendenwirbels mit dem sakralen Flügel derselben Seite muss die Ursache eines erheblichen Mangels an Gleichgewicht in der Statik der Wirbelsäule werden, welche gezwungen ist, sich nach der Seite zu neigen, wo die Verschmelzung erfolgt ist. Als Behandlungsmethode schlägt Redn. vor, in den ersten Lebensjahren diese anormale Verlötung chirurgisch zu beseitigen. Demonstration von Photographien und Radiographien anatomischer Präparate.

Putti. Ueber die angeborenen Skoliosen.

Die von P. studierten Skoliosen gehören zu der Kategorie der angeborenen Skoliosen, welche er als primäre bezeichnet oder als Skoliosen der frühen Kindheit mit Rücksicht auf die Zeit ihres Auftretens und zur Unterscheidung von denjenigen, welche Böhm als Spätskoliosen bezeichnet. Seiner Studie liegt die Untersuchung zahlreicher Skelette von Teratomen der Sammlung Calori-Taruffi im patho-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

logisch-anatomischen Museum der Universität von Bologna und elf klinischer Fälle des Istituto ortopedico Rizzoli zu Grunde. Er schliesst:

1) Den primären angeborenen Skoliosen ist stets als Ursache ein embryonärer Fehler in der Bildung und Entwicklung eines oder mehrerer Wirbelmetameren zuzuerkennen.

2) Diese morphologischen Variationen der Wirbel sind in gut differenzierte und charakteristische Typen klassifizierbar. Der Grund zur Etablierung von morphologischen Arten mit definierten und nicht zufälligen Eigenschaften, wie das Studium einzelner Exemplare schliessen lassen kann, liegt darin, dass diese Formen nichts weiter sind als der Ausdruck von Variationen (übermässige oder defekte Bildung), welche der Wirbel in seiner präostalen Entwicklung erfährt, nämlich während jenes Zeitraums, in dem die verschiedenen Bestandteile des Metamer noch autonome Einheiten darstellen, welche unter dem Einfluss von Ursachen, die vorläufig nur hypothetische sind, abortieren, stehen bleiben, sich vervielfachen können.

3) Mit der Variation des Wirbelelements ist häufig eine bald nur begleitende, bald notwendige Variation des Rippenelements verknüpft.

4) Diese Abweichungen der Form entstehen während der allerersten Zeit der morphologischen Differenzierung des Skelettblastems und nicht nachher, sodass man zu ihrer Erklärung nicht kommen kann, indem man sie als Produkte einer anormalen Ossifikation betrachtet.

5) Redn. hat einige pathognomische Merkmale der primären angeborenen Skoliose zusammengestellt, die auf eine scharfe klinische Unterscheidung dieser Deformität hoffen lassen.

6) Redn. teilt keineswegs die Ansicht derjenigen, welche die angeborenen Skoliosen als unheilbar annehmen.

(Projektionen und Vorstellung von Patienten.)

Nicoletti (Rom). Untersuchungen über die Pathogenese der sog. „habituellen Skoliose".

Nach einem gedrängten Hinweis auf die in dieser Hinsicht von Böhm angestellten Untersuchungen, welcher sowohl an den Skeletten mit habitueller Skoliose als an den Radiogrammen von Patienten mit sog. „funktioneller" Skoliose konstant Anomalien in der Konstitution oder in der Disposition der einzelnen Wirbelmetameren gefunden hat, beschreibt Redn. die ersten radiographischen Befunde der drei einzigen klinischen Fälle von habitueller Skoliose, welche er bis heute eingehend hat studieren können.

An den radiographischen Aufnahmen der ganzen Wirbelsäule, welche vom Redn. persönlich ausgeführt worden sind, kann man das Vorhandensein von deutlichen Skelettanomalien wahrnehmen, welche in


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

keiner Weise als sekundär erklärt werden können; und zwar zeigt das Radiogramm des ersten Falles die Anwesenheit von acht Halswirbeln mit zwei von dem 8. Wirbel ausgehenden rudimentären Rippen; an dem des zweiten lässt sich das Vorhandensein eines Uebergangswirbels zwischen dem 5. Lendenwirbel und dem ersten Sakralwirbel erkennen, dessen hintere Bögen nicht verlötet sind, und schliesslich gewahrt man an dem Radiogramm des 3. Falles die Verschmelzung der linken Hälfte des fünften Lendenwirbels mit dem entsprechenden Darmbeinflügel.

Nach dem Red. liessen sich die habituellen Skoliosen eventuell als angeborene Skoliosen auffassen, die sich erst sehr spät unter dem Einfluss äusserer Ursachen bemerkbar machen und zwar deshalb, weil die anatomischen Anomalien, die wahrscheinlich das Substrat derselben bilden, den leichtesten Grad der bei den angeborenen Skoliosen angetroffenen Anomalien darstellten.

Diskussion. **Oliete.** An zahlreichen Skeletten von Foeten hat Redn. einen doppelten Verknöcherungskern in den Wirbelkörpern angetroffen.

Galeazzi meint, dass die angeborenen Skoliosen viel häufiger seien als man denkt. Mit den Fortschritten der radiographischen Technik wird die Zahl der angeborenen Skoliosen zunehmen.

Burci erinnert an einen eigenen Fall von angeborener Deformität der Halswirbelsäule, der 1905 von ihm auf dem Chirurgenkongress zu Pisa vorgestellt wurde.

Perrone betont in seiner Erwiderung an Putti, dass in speziellen Fällen, wie den seinen, der chirurgische Eingriff möglich ist und grosse Vorteile bringen kann.

Putti. Die Schlussfolgerungen der Untersuchungen Böhms sind sehr verlockend. Doch muss man bei Auslegung der Radiogramme sehr vorsichtig sein, namentlich um nicht als primär zu betrachten was sekundär sein kann.

Buccheri (Palermo). Beitrag zum Studium der augenblicklichen Resultate des operativen Eingriffes bei Spina bifida.

Redn. bringt eine Statistik von 21 Fällen von Spina bifida, die in dem Kinderspital zu Palermo zur Beobachtung kamen. Für die Prognose der chirurgischen Behandlung ist neben den gewöhnlichen Umständen jeder beliebigen Operation noch einigen speziellen Momenten Rechnung zu tragen, so der anatomischen Unterart der Spina bifida, der Lokalisation, der Beschaffenheit der Deformität, dem Zeitpunkt der Operation, der gewählten Operationsmethode.



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die beobachten Fälle bezogen sich auf 12 Mädchen und 9 Jungen. Davon operierte er 19 : 12 gegen den 40. Tag nach der Geburt, 5 im Alter von 1 Jahr und 2 im Alter von 3 Jahren. In drei Fällen trat Exitus ein und zwar bei einem an Bronchopneumonie, die 16 Tage nach dem Operationsakt auftrat, bei den zwei anderen unter Meningitiserscheinungen. Niemals erlebte er auf Shok beruhende postoperative Zwischenfälle. Die beobachteten Fälle waren: 2 reine Meningocelen, 18 Myelocystocelen, 1 Myelomeningocele. Die Dauer der Behandlung betrug im Durchschnitt 10—11 Tage. Es heilten per primam 11, per secundam 5 Fälle, worunter 4 mit Ulcerationen des Sackes.

Für die Diagnosestellung verwirft er die von Muscatello empfohlene Probeinzision, als einzige Kontraindikation gegen den Operationsakt bezeichnet er das Auftreten einer akuten Hydrocephalie und das gleichzeitige Vorhandensein sonstiger schwerer Deformitäten. Er empfiehlt die Operation auch bei Ulcerationen des Sackes, solange sich die daraus sickernde Flüssigkeit noch klar erhält. Was die Behandlung angeht, so genügen im allgemeinen bei kleinen Oeffnungen welche am häufigsten sind, Nahtschichten über dem Wirbeldefekt, für die er, wie Böttcher, zu seitlichen Muskel-Fascien-Periostlappen greift. In einem Fall, in dem der Defekt ein sehr ausgedehnter war, erzielte er durch ein ähnliches Vorgehen einen guten Erfolg.

Cuneo. Klinische Beobachtungen über den Wullsteinschen Apparat.

Nach zweijähriger Erfahrung mit dem Wullsteinschen Apparat schliesst Redn. dahin:

Der erwähnte Apparat ist sehr wirksam zur Korrektion der schwersten und starrsten Skoliosen, er verwendet ihn, obschon er die auf der funktionellen Umbildung der Wirbel gestützte Behandlungsmethode befolgt, zur Erzielung jener Mobilisierung der Wirbelsäule, welche er nicht durch die Schulthessschen Apparate und die Autoredressementsübungen erhalten kann.

Während jeder Applikation des Apparates ist unbedingt den Schwankungen des Blutdruckes, des Pulses und der Atmung Rechnung zu tragen. Durch zahlreiche in dieser Hinsicht gemachte Beobachtungen hat Redn. festgestellt, dass bei der Mehrzahl der Patienten Pulsfrequenz und Blutdruck beträchtlich zunehmen; die Zunahme der ersteren ist proportional der des zweiten und bis an das Ende der Applikation stufenweise fortschreitend.

In den schwersten und starrsten Formen hat er dagegen eine allmähliche Verminderung des Blutdruckes, geringe Steigerung des Pulses und zuweilen verlangsamten Puls gefunden. Je höher die



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Skoliosen sitzen, desto ausgeprägter sind diese Erscheinungen, die häufig mit Ohnmacht und profusen Schweissen einhergehen.

Die Steigerung der Atmungsfrequenz ist am seltensten; ihr Auftreten ist ein Zeichen schwerer Störung in den Funktionen des Vagus und geht häufig mit Erbrechen und Asystolie einher. Mit einer gewissen Konstanz ist wahrgenommen worden, dass diese Erscheinungen mit schweren Thoraxdeformationen und erheblichen Organverlagerungen zusammenfallen, besonders bei linkskonvexen Skoliosen.

Die methodisch durchgeführte Semiotik der Brusteingeweide, besonders des Herzens, hat niemals gestattet, Veränderungen in so weiten Grenzen zu konstatieren, wie sie von Wullstein angegeben worden sind. So erreicht die Entfaltung der vertieften Brustwand niemals den erheblichen Grad, der vom Autor des Apparates erzielt wurde.

Schliesslich legt Redn. einige Photographien von schweren Skoliose-formen vor, bei denen das Redressement durch die spezielle Applikation von Korrektionsriemen erzielt ist, die derartig angebracht wurden, dass sie die Wirkung der Pelotten unterstützten und bald das Becken, bald den Schultergürtel, bald den Rippenbuckel besser fixierten, als dies mit dem Originalapparat möglich ist.

Mandelli (Bologna). Endresultate der Skoliosebehandlung mit Gipskorsetten.

Nach einer 10jährigen Erfahrung aus einer erheblichen Anzahl von behandelten Fällen berichtet Redn. über den Dauererfolg bei der Behandlung der schweren Skoliosen mittelst des Gipskorsets. Er bespricht die Schwierigkeiten dieser Behandlung, nämlich:

1) Die Applikation eines wirklich kontentiven Gispskorsetts.

2) Die nicht leichte Ertragbarkeit einer so schwächenden Behandlung seitens des Organismus.

3) Die Abneigung der Patienten gegen die Fortsetzung einer unbequemen, langwierigen und kostspieligen Behandlung.

Er schliesst dahin, dass die systematische Behandlung der schweren Skoliosen mit Gipskorsetten nur ausnahmsweise vorteilhaft sein kann, nämlich nur in denjenigen Fällen, wo sich mit einer grossen körperlichen Widerstandsfähigkeit ein zäher Wille, Zeit und Mittel verknüpfen, sich der notwendigen sofortigen und konsekutiven Behandlung zu unterziehen.

Er ist der Ansicht, dass die Behandlung nach Wullstein eine orthomorphe Besserung bringt, doch bleibt diese bedeutend hinter den Erwartungen zurück, wenn man die Skoliotiker nach Jahren nachuntersucht. Das Allgemeinbefinden der Kranken zieht unzweifelhaft keinen Vorteil aus der langen Immobilisation in forzierter Korrektion.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Diskussion. **Schulthess** meint, dass sich die Nachteile, die das Korsett für den allgemeinen Ernährungszustand mit sich bringt, dadurch beseitigen liessen, dass man sucht die Immobilisationszeit abzukürzen und die Patienten nach Abnahme des Korsetts nicht sofort in aufrechte Stellung bringt, sondern lange in Rückenlage lässt, unter Ausführung von Massage etc. Später wird die korrektive Therapie wieder aufgenommen.

Serena. Der Verfall der Patienten ist zweifellos, darf aber nicht erschrecken, wenn man bedenkt, dass die gleiche Therapie bei den Spondylitikern zur Anwendung kommt, welche sich stets in schlimmerem Allgemeinzustande befinden als die Skoliotiker.

Galeazzi. Die Behandlung nach Wullstein muss als Ergänzungsmittel der funktionellen Therapie dienen. Er übt diese alternierende Methode.

Secchi ist ebenfalls Anhänger der Wechsel-Behandlung. Nach dem 15. oder 20. Lebensjahre bringt das Gipskorsett keine Vorteile.

Maurino glaubt nicht, dass das Gipskorsett das Allgemeinbefinden des Patienten schwer schädigt. Dies zeigt ihm eine persönliche klinische Beobachtung.

Cappelli hat gute Erfolge mit der Korsettbehandlung erzielt und bessere im Jünglingsalter, als bei Kindern.

Mandelli. Die Wechselbehandlung ist auch im Istituto Rizzoli in Gebrauch. Inbezug auf die Erfolge hat er keinen Unterschied inbezug auf das Alter wahrgenommen.

Schulthess (Zürich) weist in zwei dem klinischen Material des Istituto Rizzoli entnommenen Fällen von rachitischer Skoliose jene Form der rachitischen Skoliose nach, die mit Asymmetrie des Schädels einhergeht und auf die er bereits auf dem 5. Kongress der deutschen Gesellschaft für Orthopädie aufmerksam gemacht hat. Bei rachitischen Kindern, welche auf einer Seite zu schlafen pflegen, entstehen Schädeldeformationen, welche denen des Brustkorbes ähnlich sind. Ist die linke Hälfte des Brustkorbes hinten abgeplattet, so ist es auch der Schädel auf derselben Seite. Ist die rechte Hälfte des Brustkorbes hingegen abgerundet, so erfolgt dasselbe auf der gleichen Seite des Schädels. Aehnliche denen des Brustkorbes entsprechende Schädeldeformitäten hat er auch in einem Fall von angeborener Skoliose angetroffen.

Trinci (Florenz). Beitrag zum Studium der Knorpel-Rippenablösung und des bezüglichen Heilungsvorganges.

Durch seine experimentellen Untersuchungen an Meerschweinchen und Kaninchen kommt Redn. zu folgenden Schlüssen:


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1) Bei den Tieren ist es recht schwierig, eine Ablösung zwischen Knorpel und Rippe hervorzurufen; fast konstant bekommt man eine Fraktur des Knorpels.

2) An dem Verheilungsprozess nimmt weder der Knorpel noch das Knochengewebe der Rippe aktiven Anteil. Derselbe vollzieht sich auf Kosten des Perichondriums und des Periosts.

3) Infolge des Traumas verschwindet jegliche Spur von Cartilago seriata (?), eine Erscheinung, welche ihren Einfluss bei dem Wachstum des Knochens ausüben wird.

4) Durch die Tätigkeit des Periosts und des Perichondriums bekommt man die Bildung von zwei Ringen: Einen knöchernen am Rippenende, einen knorpeligen am Ende des Knorpels. Diese Ringe sind durch vom Periost geliefertes Bindegewebe fest untereinander verbunden und allein diese Anordnung ist es, welche zur Wiederherstellung der Kontinuität zwischen Knorpel und Rippe dient.

Salaghi (S.). Orthopädie der Baucheingeweide.

Redn. berichtet über eine von ihm angewandte neue Methode, welche gestatten soll, bei den Ptosen der Abdominalorgane auch in den ungünstigsten Verhältnissen, d. h., wenn der Leib nicht prominent oder hängend ist, erfolgreich einzuwirken.

Er will ausserdem beobachtet haben, dass bei Fehlen dieser in die Augen fallenden Zeichen die Ptosis in der Regel von den behandelnden Aerzten nicht erkannt wird (Ptosis occulta). Derartige Fälle sind äusserst häufig. Unter den chronischen Affektionen der Verdauungswege sollen sie ungefähr ein Drittel der Gesamtzahl der Fälle darstellen. Diese Patienten, bei denen alle gewöhnlichen Behandlungsweisen versagen, werden heilbar, wenn sie mit dem vorliegenden Verfahren behandelt werden.

Die Methode des Redn. besteht in der Applikation einer besonderen Binde von graduierbaren Dimensionen, welche als Probemodell für jeden Fall dient. Mit Hülfe derselben wird der Leib in korrigierte Lage zurückgebracht und die Kurvatur in den verschiedenen Zonen abgenommen. Das sich ergebende Modell stellt, auf Papier kopiert, die richtige Form der für den Kranken passenden Bauchbinde dar. Die Herstellung derselben gelingt alsdann leicht, auch wenn der Leib nicht vorgewölbt ist. Die Anlegung der besonderen Modellbinde muss durch einen Arzt erfolgen. Sie erfordert nur wenige Minuten.

Sipari (Neapel). Ueber einen weiteren Fall von Schulterblatthochstand (Sprengelsche Krankheit).

Das rechte Schulterblatt eines 8jähr. (regelmässig ausgetragenen und in Scheitellage geborenen) Knaben zeigt keinerlei Deformität, ist


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

von normaler Grösse, aber nach oben verschoben. Der obere innere Winkel liegt ca. 10 mm von der Mittellinie, der untere Winkel ca. 70 mm. Der Niveauunterschied zwischen den inneren Winkeln der beiden Schulterblätter beträgt 60 mm. Die Entfernung des unteren Winkels der rechten Skapula von dem Brustkorb beträgt ungefähr 20 mm. Es handelt sich um einen nicht häufigen und recht typischen Fall, da der Hochstand einzig und allein auf während des intrauterinen Lebens infolge der von der Mutter während der Schwangerschaft erlittenen psychischen Traumen oder Gemütsbewegungen entstandene Muskeldystrophien zurückzuführen ist (?).

In der Tat bemerkt man leichte partielle oder totale Paresen der Muskeln, deren Aufgabe es ist, das Schulterblatt dem Brustkasten aufliegend in normaler Stellung zu erhalten.

Vulpius (Heidelberg). Ueber den Wert der Arthrodese.

Der Enthusiasmus für die Sehnenüberpflanzungen und ihre allzu ausgedehnte Anwendung haben die Arthrodese aus den Augen verlieren lassen, obwohl dieselbe nach Redn. bei passender Anwendung und vollkommener Technik imstande ist, vorzügliche Resultate zu geben, namentlich bei jenen Lähmungsfällen, in denen man von vornherein die Sehnenüberpflanzung als erfolglos betrachten kann. Nachdem Redn. für die verschiedenen Gelenke der unteren Extremitäten und für das Schultergelenk die Bedingungen festgestellt hat, welche die Arthrodese rechtfertigen, weist er darauf hin, dass das therapeutische Resultat zum grossen Teil von der verwendeten Operationstechnik abhängig ist. Am Knie und am Schultergelenk schliesst er an die Anfrischung der Gelenkflächen die Metallnaht; an dem Hüftgelenk macht er die Phenarthrodese. Den Gipsverband lässt er über drei Monate liegen und legt dann eine Schutzvorrichtung an, die er lange Zeit tragen lässt.

Feste (knöcherne und fibröse) Ankylosen hat er in 50—60 Proz. der Fälle am Sprunggelenk erhalten; in 75 Prozent am Kniegelenk; beim Hüftgelenk muss man sich mit einer verhältnismässig festen fibrösen Ankylose zufrieden geben, welche dem Gelenk einige Bewegungen gestattet. Die besten Erfolge hat Redn. am Schultergelenk erzielt (80 Prozent).

Vorlage einer grossen Anzahl Radiogramme und Photographien.

Oliete (Valenza). Zur Behandlung des Schlotterarms.

Redn. hat beobachtet, dass bei Vornahme der Arthrodese des Schultergelenkes häufig die beiden Muskelgruppen (humero-pectorale und scapulo-humerale) ausser Funktion gesetzt werden, welche von der Lähmung verschont sind, während allein der Deltoides aktiv ist. Um das Absterben der erwähnten Muskelgruppen durch Inaktivität



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

zu vermeiden, hat Redn. die Befestigung des Humeruskopfes am Boden der Fossa glenoidalis scapulae mit Hülfe einer Art von Ligamentum rotundum vorgenommen, das durch die lange Sehne des Biceps brachii geliefert, durch einen Tunnel im Innern des Humeruskopfes hindurchgeleitet und am Boden der Gelenkgrube befestigt wird. In einigen Fällen hat er die Sehne des oberen Halsbündels des Trapezius mit Seide verlängert und dieselbe an der Deltoidesinsertion am Humerus befestigt.

Die aktiven Pendelbewegungen des Armes zeigen sich vollkommen, während die Abduktion gleich Null bleibt.

Galeazzi bemerkt, dass das gleiche Verfahren bereits von Codivilla bei dem Hüftgelenk angewendet worden ist. In Anbetracht des guten Erfolges scheint die Technik eine rationelle zu sein.

Angeletti (Bologna). Scapula vara.

Nach Hinweis auf die Seltenheit der Missbildung präsentiert Redn. zwei klinische Fälle, die ersten, die durch den radiographischen Befund unterstützt sind. Die ganze Vorgeschichte der beiden Pat. (im Alter von 12 resp. 16 Jahren) ist absolut negativ inbezug auf Traumen und angeborene wie erworbene Krankheiten. Bei beiden Patientinnen bemerkt man eine beträchtliche Verkürzung des linken Humerus (9 cm bei der einen, 7 bei der anderen), Verkleinerung des Winkels des Humerushalses, Krümmung des oberen Drittels der Diaphyse mit der Konvexität nach aussen, Abduktion der Extremität fast aufgehoben. Die Radiographien zeigen deutlich eine partielle Läsion des oberen Epiphysenknorpels, welche die Deformation des Halses und der Diaphyse erklärt. Mit diesem radiographischen Befund vergleicht er zwei Radiogramme von Coxa vara infantilis, welche zeigen, dass auch in diesen Fällen die Deformität die direkte Folge einer begrenzten Läsion des Konjugationsknorpels ist. Obgleich positive ätiologische Daten einer sorgfältigen Untersuchung entgehen, schliesst er dahin, dass pathogenetisch die Scapula vara eine auf einer alterierten Funktion des Konjugationsknorpels, die nicht an Traumen oder angeborene oder erworbene Krankheiten bestimmter Natur gebunden ist, beruhende Deformität ist.

Was die Behandlung anbelangt, so schlägt Redn. die schräge Osteotomie des Humerushalses mit Zug bei abduzierter Extremität nach vorheriger Fixierung des Schultergürtels vor.

(Schluss folgt im nächsten Heft.)



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Personalnotiz.

Budapest. Der ordinierende Arzt im St. Johann-Spital, Dr. Michaël Horváth, hat sich für orthopädische Chirurgie habilitiert. Er behandelte in seiner Probevorlesung die paralytischen Kontrakturen.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. II. **April 1908.** **Heft 4.**

(Aus der orthopädischen Heilanstalt des Sanitätsrats Dr. A. Schanz in Dresden.)

Sand-Wasserbäder.

Von

Dr. H. LEHR,
Assistenten der Anstalt.

Seit einigen Jahren haben wir in unserer Anstalt eine besondere Art von Bädern angewendet, die sich bei der Behandlung verschiedener Fussleiden, insbesondere bei Plattfussbeschwerden als wertvolle Bereicherung der Therapie erwiesen haben.

Die Einzelheiten des Bades ergeben sich aus dem folgenden Abdruck unseres Merkblattes, das wir unseren Patienten als Behandlungsanweisung mit nach Hause geben:

„In eine Fussbadewanne oder in ein sonstiges geeignetes Gefäss legt man eine 10 cm hohe Schicht von grobkörnigem, kiesigen Sand (Flussand, Seesand oder dergl.). Darüber wird Wasser gegossen: so hoch, dass das Wasser an dem ins Bad gesetzten Bein bis zur Mitte der Wade heraufreicht. Die Temperatur des Wassers sei gerade angenehm: also weder heiss noch kalt.

Mit den in das Bad gesetzten Füssen wird der Sand umgerührt, aufgerührt, durchgetreten usw. Die Füsse sollen im Sande arbeiten, und von diesem wieder bearbeitet werden. Eine wirkliche Ermüdung der Füsse darf bei dem Bad nicht eintreten.

Das Bad soll 5—10 Minuten dauern. Danach werden die Füsse kräftig abgerieben.


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Es folgt unmittelbar Bettruhe, mindestens von der Dauer einer Stunde. Am besten werden die Bäder abends vor dem Schlafengehen genommen.



Die Bäder müssen mehrere Wochen hintereinander regelmässig ausgeführt werden. Nach etwa vierwöchentlichem Gebrauch muss eine mehrwöchentliche Pause eintreten."

Was wir mit diesen Bädern erzielen wollen, ist ohne weiteres klar.

Zu den Wirkungen des Bades an sich kommt die Erzeugung einer Hyperämie, die einen kräftigenden Einfluss ausübt. Die Tretbewegungen stellen eine leichte Uebungsbehandlung dar, und durch die bei der Bearbeitung des Sandes aufgewirbelten Sandkörner wird ein Hautreiz ausgeübt, der in mancher Beziehung einer Massage nahe kommt.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1) **Harbitz** und **Scheel** (Christiania). Akute Poliomyelitis und verwandte Krankheiten.

Deutsche med. Wochenschr. 1907. Nr. 48. S. 1992.

Diese pathologisch-anatomischen Untersuchungen der Verf. beziehen sich auf im ganzen 17 Sektionsfälle akuter Poliomyelitis, von denen 13 im akuten, 4 im abgelaufenen Stadium gestorben sind. Dazu kommt ein Fall von akuter Enzephalitis. Diese letalen Fälle wurden anlässlich der grossen Epidemien in Norwegen beobachtet, bei denen allein innerhalb 2 Jahren 1053 Erkrankungen zur Meldung kamen. Von den anatomisch untersuchten Fällen hatten 10 das Alter von $^3/_4$ bis 11 Jahren, 7 das Alter von 18—38 Jahren erreicht. Die Untersuchungen erstreckten sich auf das Rückenmark, die Oblongata, Pons und das Gehirn, insbesondere auch auf die Zentralganglien, ausserdem noch periphere Nerven und Spinalganglien.

Bei den im akuten Stadium Gestorbenen liess sich am Rückenmark makroskopisch keine deutliche Meningitis nachweisen, wohl aber mikroskopisch, besonders stark im Lumbalteil, von der Pia aus setzt sich die entzündliche Infiltration den Gefässscheiden folgend in die graue Substanz fort. In den stärker ergriffenen Partien sind die Ganglienzellen degeneriert, in den weniger affizierten oder intakten Regionen erhalten geblieben. Am stärksten ausgesprochen war die Infiltration in den Vorderhörnern, weniger in den Hinterhörnern. Bei Oblongata, Pons und den basalen Teilen des Gehirns fand sich in derselben Weise die Infiltration der Pia mit ihrer Fortsetzung längs der Gefässscheiden in die Substanz hinein. Auch an der Konvexität des Hirns waren Infiltrationen der Pia und der grauen Substanz in geringerem Grade nachzuweisen. Entscheidend für den letalen Ausgang war wohl die Lokalisation der Entzündung in der Medulla oblongata.

Auch bei den in späterem Stadium ($1^1/_2$ Monate bis 1 Jahr $10^1/_2$ Monate nach der Erkrankung) tödlich endenden Fällen waren Gefässinfiltrate in denselben Regionen. Es ist also die Erkrankung keineswegs auf die Entzündung der Vorderhörner beschränkt, sondern greift auch auf andere Teile des Rückenmarkes sowie auf Oblongata, Pons und Grosshirn über. Dem klinischen Bilde einer akut auftretenden Bulbärparalyse (Dyspnoe, Erschwerung des Kauens, Schluckens Sprechens etc.) entsprach auch anatomisch die Lokalisation in Oblongata und Pons, auch liess sich in einzelnen Fällen eine so intensive Entzündung der grauen und weissen Substanz feststellen, dass die Folgeerscheinungen denen der transversalen Myelitis entsprochen haben würden. Eine Polyneuritis war niemals nachzuweisen, da in den



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

peripheren Nerven und auch in den Spinalganglien niemals Entzündungserscheinungen, sondern nur parenchymatöse Degenerationsvorgänge nachzuweisen waren. Dagegen wurde ein Fall von Encephalitis beobachtet, der wohl ätiologisch als gleichartig anzusehen ist. Ausser meningitischen Symptomen beim Beginn der Poliomyelitis wurden auch bei dieser Epidemie sichere Fälle von Meningitis cerebrospinalis beobachtet, doch lassen die Verf. die Frage unentschieden, ob diese beiden Erkrankungen in Zusammenhang stehen. Wenn auch das epidemische Auftreten der Erkrankung mit Sicherheit auf eine Infektion hindeutet, so gelang es den Verf. doch nicht, ein derartiges Virus zweifelsfrei nachzuweisen. Als Eingangspforte scheinen die Tonsillen und der Darmkanal in Frage zu kommen. Infiziert wird wahrscheinlich auf hämatogenem Wege zunächst die Pia, von wo aus der Prozess den Gefässen folgend sich auf die Substanz des Rückenmarkes fortsetzt. Demnach entwickelt sich auch die Entzündung am stärksten in der Lumbal- und Cervicalanschwellung, weil dort die Gefässbildung am dichtesten ist. Auch beim Gehirn liegen die Verhältnisse ebenso, nur erklären sich die Verf. das seltenere Erkranken des Gehirns damit, dass bei den grösseren Verhältnissen die Entzündung einen längeren Weg den Gefässen entlang zu machen habe. Auch bei andersartigen Meningitiden (tuberkulösen etc.) nimmt die Entzündung den Weg von der Pia den Gefässscheiden entlang in das Gehirn resp. Rückenmark.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

2) **Nixon.** Sclerodermia and myositis.

Lancet 1907. XII. I. S. 79.

N. beschreibt mehrere Fälle von Sklerodermie verbunden mit Muskelerkrankungen, die teils atrophischen, teils chronisch indurierenden, entzündlichen Charakter hatten.

Der fast rein kasuistische Charakter der Mitteilung macht sie zu einem eingehenden Referat ungeeignet.

Rauenbusch-Heidelberg.

3) **Josef Kindl.** Fünf Fälle von angeborenen Defektbildungen an den Extremitäten.

Zeitschr. für Heilkunde 1907. Heft VI.

I. Angeborener Defekt des linken Femur mit partiellem Defekt der Fibula. Verschmelzung des 4. und 5. Metakarpalknochens beiderseits. 15jähriges Mädchen. Kräftig und geistig normal entwickelt. Fehlen eines Metakarpalknochens wurde bisher nicht beschrieben.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

II. Beiderseitiger Defekt der Vorderarmknochen und ulnarer Finger. Bei einem gesunden 11 Jahre alten Knaben.

III. Grosser, kräftig gebauter 21jähriger Mann. Links ist an Stelle der oberen Extremität nur ein Finger zu sehen, welcher zirka 10 cm unterhalb des Akromion in den Weichteilen des Thorax wurzelt. Am Röntgenbilde sieht man drei Phalangen, einen Metakarpalknochen, und am Aussenrande der Skapula dürfte die Ulna in Form eines länglichen Knochens liegen, der rechte Arm misst 25 cm. Es fehlen Humerus, Radius, radiale Karpal-, Metakarpal- und Fingerknochen.

IV. Partieller Defekt der Ulna mit Luxation des Radius. 26 Jahre alter Fuhrmann. Der rechte Humerus ist normal. Der Radius ist im Ellbogen nach aussen und oben luxiert. Das untere Drittel der Ulna fehlt. Ebenso fehlen die ulnaren Handwurzelknochen, Metakarpalia und Phalangen der zwei ulnaren Finger.

V. Rechtsseitiger Radiusdefekt mit Polydaktylie. Sechs Monate alter, kräftiger Knabe. Die rechte obere Extremität ist schwächer als die linke. Der rechte Unterarm ist merklich verkürzt, das Handgelenk wird radial und volarwärts gebeugt gehalten. Das Röntgenbild zeigt völligen Defekt des Radius und des Daumens, sechs Metakarpalknochen und sechs dreigliedrige Finger.

Spitzy-Graz.

4) **Ed. Schenck** (Frankfurt) und **G. Seiffert** (Freiburg i. B.). Die diagnostische Bedeutung der Ophthalmoreaktion bei Tuberkulose.

Münch. med. Woch. 1907. Nr. 46, p. 2269.

Verf. gingen von den Untersuchungen v. Pirquet's und Calmette's aus. Ersterer stellte fest, dass bei Tuberkulösen skarifizierte und mit Tuberkulin geimpfte Hautstellen sich entzündeten, Calmette, dass nach Einträufelung einer 1%igen Tuberkulinlösung in den Konjunktivalsack schon nach 3—5 Stunden bei Tuberkulösen eine deutliche Rötung der Konjunktiva auftrat, die bei Nichttuberkulösen ausblieb. Verf. haben letztere Untersuchung an 100 Erwachsenen nachgeprüft. Es wurde zunächst ein Tropfen einer 1%igen Tuberkulinlösung (Höchst) instilliert, trat darauf keine Wirkung ein, so wurde zu einer 2%igen, dann noch zu einer 4%igen Lösung übergegangen.

Von den 100 Fällen waren 28 sicher tuberkulös; bei allen fiel die Konjunktivalreaktion positiv aus. — 20 Fälle waren Tuberkuloseverdächtig (Spitzen-, Pleura-, Lymphdrüsentub.?), von ihnen reagierten 15 (75%) positiv, 5 negativ (25%). Von 52 Fällen, in denen



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tuberkulose klinisch ausgeschlossen schien, zeigten 26 (50%) positive Reaktion, 26 (50%) keine.

In den letzten 26 Fällen, wo wegen des positiven Ausfalls der Reaktion nochmals eine genaue Untersuchung vorgenommen wurde, konnte auch dann keinerlei Zeichen für Tuberkulose gefunden werden. Weitere Untersuchungen, eventl. mit der Pirquet'schen Injektion vereint, müssen feststellen, ob bei positivem Ausfall der Reaktionen ein latenter tub. Prozess anzunehmen ist.

Jedenfalls ist heute schon zu sagen, dass der Ophthalmoreaktion für die Frühdiagnose der Tuberkulose eine grosse Bedeutung zukommt. Verfasser glauben die Methode wegen ihrer Gefahrlosigkeit und Einfachheit der Ausführung zur allgemeinen ärztlichen Anwendung und Nachprüfung empfehlen zu dürfen.

Ewald-Hamburg.

5) **Tanturri** (Genua). Grave caso di osteomalacia guarito con le iniezioni di Adrenalina al millesimo secondo il metodo Bossi.

Il Tommasi A. 2. Nr. 16.

Es handelt sich um einen sehr schweren Fall von Osteomalacie, bei dem die vorausgehenden Behandlungen fast keinerlei Besserung gegeben hatten. Merkliche Besserung trat dagegen später ein mit Adrenalineinspritzungen nach der Methode Bossi.

Buccheri-Palermo.

6) **Tillmanns** (Leipzig). Die allgemeine Behandlung der Luxationen.

Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 47, S. 1941.

T. gibt in Form eines klinischen Vortrags eine allgemeine Uebersicht über die Behandlung der Luxationen. An erster Stelle bespricht er die Therapie der kongenitalen Verrenkungen, speziell der kong. Hüftluxation, die er auf eine Wachstumsstörung des Hüftgelenks besonders bei Raummangel in utero zurückführt. Als Behandlung empfiehlt T. vor allem die unblutige Reposition nach Lorenz und Hoffa, wenn auch nach seiner Angabe wirkliche Repositionen selten sind und meist nur Transpositionen zu Stande kommen. Wenn die unblutige Reposition versagt, ist die blutige Einrenkung oder auch die Pseudarthrosenoperation nach Hoffa indiziert. Luxationen angeborenen Ursprungs an anderen Gelenken sind viel seltener. Therapeutisch kommt die unblutige und eventl. die blutige Reposition in Frage, bei Schlottergelenken Kapselverkürzung und Arthrodese. Bei traumatischen Luxationen ist zunächst die Reposition baldmöglichst nach der Verletzung



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vorzunehmen, vielfach unter Anwendung von Narkose. Im grossen und ganzen wird man die Repositionsbewegungen in umgekehrter Reihenfolge der Bewegungen vornehmen, durch welche die Luxation entstanden ist. Frühzeitiger Beginn der Nachbehandlung ist durchaus anzuraten, um Gelenkversteifungen vorzubeugen. Gelingt die Reposition auf unblutigem Wege nicht, so muss man zum Messer greifen, um die Repositionshindernisse zu beheben. Bei Fraktur des luxierten Gelenkteils wird man sich meistens zu blutigem Vorgehen entschliessen müssen. Bei Luxationen, die durch Wunden kompliziert sind, ist die Reposition vorzunehmen, die Wunde zu drainieren, unter Umständen, besonders bei bestehender oder eintretender Infektion kommt die Resektion des Gelenks in Betracht. Bei veralteten Luxationen gelingt die unblutige Reposition vielfach auch noch nach längerer Zeit, wenn nicht, ist die blutige Reposition indiziert. Die Behandlung der habituellen Luxationen dürfte im allgemeinen auf eine Verkürzung der erschlafften Gelenkkapsel und Gelenkbänder durch Injektion von Jodtinktur oder Alkohol oder durch Operation hinauslaufen. Von den pathologischen Luxationen bieten die Distentionsluxationen, wie sie am meisten im Gefolge von akuten Infektionskrankheiten auftreten, eine günstige Prognose. Sofern keine eitrige Entzündung vorliegt, lässt sich auf unblutigem Wege die Reposition erreichen. Bei paralytischen Luxationen kommt meistens die Arthrodese, bei den Deformations- und Destruktionsluxationen meistens die Resektion in Betracht. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

7) **Smoler.** Zur subperiostalen Diaphysenresektion bei Osteomyelitis der langen Röhrenknochen.

Zeitschr. für Heilkunde 1907. Heft III.

Verf. berichtet über acht Fälle von subperiostaler Diaphysenresektion. In zwei Fälllen lag frische, in sechs Fällen alte Osteomyelitis vor. Stets waren lange Röhrenknochen ergriffen. In zwei Fällen der Oberschenkel, in dreien das Schienbein, in einem das Wadenbein. Zweimal waren Oberschenkel und Schienbein zugleich erkrankt.

Die Kranken standen alle in jugendlichem Alter; einer war im ersten, sechs im zweiten, einer im vierten Lebensdezennium.

Die Operation wurde mit Schonung der Epiphysenfuge gemacht. Mehrmals wurden Aluminiumschienen in die Wunde eingelegt, die erst entfernt wurden, wenn der neugebildete Knochen genügende Festigkeit erlangt hatte.

Auf Grund seiner günstigen Erfolge empfiehlt Verfasser das Verfahren für solche Fälle, in welchen die diffuse Erkrankung des Knochens eine radikale Heilung durch blosse Aufmeisselung und Nekrotomie in Frage stellt. **Spitzy**-Graz.


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

8) **Bircher.** Die Elfenbeinstifte bei der Behandlung von Frakturen und Pseudarthrosen als osteoplastischer Ersatz.

Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. XI, H. 5.

B. zeigt an der Hand einer Reihe von Beispielen, in welcher Weise man durch Einlegen von Elfenbeinstiften in die Markhöhle schwierig zu reponierende Frakturen, Pseudarthrosen, die der gewöhnlichen Behandlung widerstehen, und grössere Defekte von Röhrenknochen heilen kann.

Die ersten Fälle beziehen sich auf komplizierte Frakturen, bei denen erfahrungsgemäss eine gute Retention schwierig und das Ausbleiben genügender Kallusbildung häufig ist. Der Elfenbeinstift besorgt die erstere leicht und dient als Anreiz für die osteoplastische Tätigkeit an der Frakturstelle.

Auch für die Behandlung von Pseudarthrosen werden zwei Beispiele angeführt, eines mit gutem, eines mit leidlichem Erfolge, beide den Vorderarm betreffend.

Am interessantesten ist der dritte Teil der Arbeit, der sich mit dem Ersatz von mehr oder weniger langen Stücken aus der Diaphyse von Röhrenknochen durch Elfenbeinstifte beschäftigt. In einem Fall wurde eine 8 cm breite Diastase des Radius durch einen 11 cm langen Elfenbeinstift ausgefüllt und ein tadelloses funktionelles, noch nach 11 Jahren kontrolliertes Resultat erzielt. Im Röntgenogramm war keine Spur von dem Fremdkörper mehr zu sehen. Im zweiten Fall gelang es auf dieselbe Weise einen Defekt von 9 cm in der Tibia, der infolge Sequestrotomie nach akuter Osteomyelitis entstanden war, auszufüllen. Es blieb hier nur eine Verkürzung von 2 cm zurück. Der Stift musste 5 Monate nach der plastischen Operation entfernt werden. In ähnlicher Weise wurde noch eine Phalanx und ein halber nekrotischer Humerus durch Elfenbeinstifte mit Glück ersetzt. Ein Anzahl schöner Röntgenbilder zeigt die ausgezeichneten Erfolge dieser Methode. **Rauenbusch**-Heidelberg.

9) **Murphy.** Neurological Surgery.

Surgery, Gynecology and Obstetrics. IV. 07.

M. gibt in dieser hochinteressanten Arbeit einen Ueberblick über die gesamte Chirurgie des Nervensystems, abgesehen vom Gehirn. Ausgehend von einer kurzen, aber erschöpfenden Darstellung der Anatomie und Physiologie, bespricht er eigene und fremde Erfahrungen bei Operationen am Rückenmark und an den peripheren Nerven, wobei auch das Notwendige aus der Nervenpathologie erörtert wird.



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1. Chirurgie des Rückenmarks. Nicht notwendig bezw. schädlich ist ein chirurgischer Eingriff bei Kontusion und Erschütterung, wo Spontanheilung eintritt. An Krankengeschichten wird die Symptomatologie ausführlich besprochen. Desgleichen ist bei Stichwunden nicht zu operieren, wenn nicht Infektion oder eine Haemorrhagie (Lumbalpunktion!) hinzukommt. Bei Blutungen in die Häute des Rückenmarks und in den Wirbelkanal kann die Entlastung des Rückenmarkes vom Druck das Leben retten, während bei Bluterguss in die Substanz des Markes selber eine Operation zwecklos wäre. Leider ist die Symptomatologie noch nicht geklärt. Bei Wirbelbrüchen ist nur zu operieren, wenn bei Quetschung des Markes durch dislozierte Fragmente keine völlige Durchtrennung vorliegt. Bei Verletzungen in der Gegend der cauda equina ist es eventuell möglich, nach operativer Freilegung die betreffenden Nerven zu nähen. Bei Schussverletzungen des Rückenmarks sind ebenfalls eine Reihe von erfolgreichen Operationen gemacht worden. In einem näher beschriebenen Fall wurde das Rückenmark am 7. Brustwirbel freigelegt und durch Duranähte aneinandergelagert. Da die anfangs totale Paraplegie zum grossen Teil sich zurückbildete, spricht M. den Verdacht aus, dass das Mark nicht ganz durchtrennt, sondern nur weniger verletzt und die totale Lähmung eine Folge der Erschütterung u. s. w. war. Regeneration zerstörter Nervenfasern im Rückenmark findet nach Ansicht des Autors nie statt. Die erfolgreichen Operationen fanden meistens nicht gleich nach der Verletzung, sondern einige Wochen später statt.

Für die Syringomyelie empfiehlt M. eine operative Behandlung, bestehend in subduraler Drainage mit nicht resorbierbarem Haarseil, welches eine dauernde Verbindung herstellt zwischen dem syringomyelitischen Hohlraum und dem Subduralraum, um so den Druck auszugleichen und ein Fortschreiten der Erkrankung zu verhüten.

Zum Verständnis eines chirurgischen Eingriffs bei der durch Marksymptome komplizierten Wirbelsäulentuberkulose ist eine genaue Kenntnis der pathologisch anatomischen Veränderungen unerlässlich. Die Gründe für eine Beteiligung des Nervensystems, — Mark oder Wurzeln — können verschiedene sein. Bei plötzlichem Einsinken der erweichten Wirbelkörper u. s. w. kann das Mark denselben Schädigungen ausgesetzt sein, wie bei der Wirbelfraktur oder Verrenkung. In seltenen Fällen kommt es zur tuberkulösen Entzündung der Häute oder des Markes selber. Länger dauernder Druck einer Granulationsgeschwulst kann ebenfalls das Mark schädigen, sodass es schliesslich zu bindegewebiger Entartung desselben kommt (Vergessen ist hier der Druck eines nach innen in den Wirbelkanal durchgebrochenen tuberkulösen


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Abszesses). In vielen Fällen ist Oedem oder Anämie infolge Druckes der Entzündungsprodukte auf die Gefässe die Ursache der Lähmung. Wenn M. angibt, dass die den Chirurgen konsultierenden Patienten mit Paraplegie diese beiden Stadien meist schon hinter sich haben, dass es sich bei ihnen vielmehr gewöhnlich um den Druck eines Tuberkuloms handelt, so geht er darin wohl etwas zu weit. Klinisch zwischen beiden zu unterscheiden ist sehr schwer. Lange Dauer der myelitischen Symptome ohne die geringste Besserung (sachgemässe Behandlung, d. h. meist Ruhigstellung im Gipsbett, vorausgesetzt) spricht für Druck einer tuberkulösen Geschwulst. Diese sitzt, dem Ausgang von den Wirbelkörpern entsprechend, fast immer der Vorderseite des Markes gegenüber und drückt erst bei grösserer Ausdehnung auf die seitlichen Partien. Die Symptome sind also in erster Linie motorische. Sensible Störungen werden durch Beteiligung der Wurzeln, nicht des Markes, hervorgerufen. Bei der Bestimmung des erkrankten Segmentes ist zu bedenken, dass man den Sitz leicht zu niedrig annimmt; im übrigen ist zu verfahren wie bei den extraduralen Tumoren. (Laminektomie.) Es folgt eine Besprechung der chirurgischen Eingriffe bei circumskripter und diffuser eitriger Meningitis verschiedener Herkunft, wobei neben einer Uebersicht über die in der Literatur niedergelegten Erfahrungen auch eigene Beobachtungen mitgeteilt werden. Diese sowie das sehr ausführlich behandelte und mit instruktiven schematischen Zeichnungen versehene Kapitel über Diagnose und Operation der Rückenmarkstumoren muss ich als ausserhalb des Rahmens des Zentralblattes liegend übergehen, ebenso die nur kürzer behandelte spina bifida.

Der zweite Hauptteil der Arbeit beschäftigt sich mit der Chirurgie der peripheren Nerven und beginnt wie der erste mit einer anatomisch-physiologischen Einleitung. Hierbei kommen auch die Gegner der Neuronenlehre zu Worte, besonders Albrecht Bethe, dessen experimentelle Studien geeignet scheinen, die Neuronenlehre zu erschüttern. Nach einer Anzahl von meist experimentellen Arbeiten werden die Veränderungen im peripheren Teil eines durchschnittenen, nicht vereinigten Nerven, die Degenerationserscheinungen an den Zellen sowie den Axenzylindern und Markscheiden geschildert, sodann die Wiederkehr der Funktion motorischer und sensibler Nerven. Erwähnt werden auch die physischen Veränderungen bei Verletzung peripherer Nerven, die tetanischen Zustände und die Epilepsie. Murphy bekennt sich schliesslich als ein Anhänger der peripheren Regeneration, für die er seine eigenen Versuche ins Feld führt. Von Schade, einem Anhänger der Neuronenlehre, der noch vor kurzer Zeit niemand entgegenzutreten wagte, wendet er ein, dass man die Ergebnisse von Tierversuchen nicht



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

ohne Weiteres auf den Menschen anwenden könne, da die Regenerationsfähigkeit der Gewebe um so geringer wird, je höher organisiert das Versuchsindividuum ist. Die von dem Autor an Hunden und Kaninchen in der Achselhöhle ausgeführten Operationen werden technisch kurz geschildert. Sehr interessant sind die Ergebnisse von Langley und Anderson. Bei der grossen Zukunft, die der Chirurgie der peripheren Nerven voraussichtlich noch beschieden sein wird, scheint es mir angebracht, näher darauf einzugehen. Ein funktioneller Erfolg bei der Vereinigung zweier zentraler Nervenenden wurde nicht erreicht, ebensowenig bei der Verbindung zweier peripherer Enden. Bei der Vereinigung eines zentralen Endes mit zwei peripheren kann Reizung des einen Zuckungen im Muskelgebiet des andern hervorbringen. Der n. femoralis kann mit funktionellem Erfolg mit dem n. ischiadicus vereinigt werden, desgleichen der Halssympathikus der einen mit dem der andern Seite (dasselbe fand Bethe für die beiden n. ischiadici). Dem n. saphenus werden durch Vereinigung mit dem n. ischiadicus funktionierende motorische Elemente nicht zugeführt. Der Halssympathikus kann bei Vereinigung mit dem n. accessorius den m. sternocleidomastoideus erregen, ebenso bei Vereinigung mit dem n. phrenicus das Zwerchfell. Auf eine Kritik dieser teilweise befremdlichen Resultate kann natürlich nicht eingegangen werden.

Es folgt eine durch eine tabellarische Uebersicht über 33 Fälle verschiedener Autoren vervollständigte kurze Darstellung der operativen Behandlung der Facialis-Lähmung. Eingehender wird nur der Ersatz des Facialis durch den n. accessorius behandelt, die Plastik durch den n. hypoglossus (die nach Ansicht des Verf. vorzuziehen ist), nur in der Tabelle erwähnt.

Eine eingehende Schilderung ist den peripheren Nerven bei der Poliomyelitis ant. gewidmet. Was die operative Behandlung dieser Erkrankung durch Nervenanastomose betrifft, so lassen sich allgemeine Regeln nicht geben, jeder Fall muss für sich studiert werden. Was den Zeitpunkt der Operation anlangt, so soll operiert werden, sobald die Lähmung stationär geworden ist. Muskeln, die nach 3 Wochen keine Entartungsreaktion geben, pflegen sich zu erholen. Jedenfalls ist die beste Zeit zur Operation zwischen 6 Monaten und 3 Jahren nach Beginn der Lähmung. Es werden dann kurz einige fremde Fälle besprochen, bei denen die Operation ein mehr oder weniger gutes Resultat ergeben hat. Genauere Beschreibung zweier vom Autor selbst operierter Fälle folgt und zeigt, dass ausser der Nervenanastomose (n. tibialis-peroneus) ausgedehnte Sehnenoperationen vorgenommen wurden. Die Fälle sind also nicht rein. Bei Besprechung der Nerven-



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:05 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

operationen an der gelähmten oberen Extremität wird die Anatomie des plexus brachialis gestreift und eine Anzahl Krankengeschichten wiedergegeben. Die Erfolge bei Geburtslähmung scheinen nicht sehr ermutigend.

Der nächste Abschnitt ist der Nervendehnung zur Behandlung der ulcera varicosa und trophoneurotischen Störungen an den Extremitäten gewidmet. Angeregt wurde man zu dieser Behandlungsweise durch die Erfahrungen, die man bei der Nervendehnung in schweren Fällen von Neuralgie, verbunden mit trophischen Störungen, machte. Bei einer grossen Anzahl von Krankheiten hat man die Nervendehnung versucht, z. B. auch bei Gangrän verschiedener Herkunft, bei Mal perforant, bei Neuritis, trophischem Oedem, Raynaudscher Krankheit. Gesichtsatrophie, Arthropathie tabétique und merkwürdigerweise sogar bei Tuberkulose der Knochen und Gelenke. Interessant ist, dass bei einem Schwein, dessen Hinterbeine rasiert waren, die Borsten sehr viel schneller auf der Seite wuchsen, auf der der n. ischiadicus gedehnt worden war. Es folgen einige Krankengeschichten und eine tabellarische Uebersicht über einschlägige Fälle. Die Erfolge waren meist gut.

Der nächste Abschnitt beschäftigt sich mit der Naht peripherer Nerven nach Traumen und Geschwulstexstirpationen und enthält ebenfalls eine Tabelle und eine Reihe von Krankengeschichten. Die Erfolge waren meist gut. Der letzte Abschnitt wendet sich zu den Einspritzungen von Alkohol bei Neuralgien.

In der ganzen Arbeit berührt es sehr wohltätig, wie unparteiisch die Meinungen anderer Autoren und wie kritisch die eigenen Ansichten vorgetragen werden. **Rauenbusch**-Heidelberg.

10) **Hirtler** (Metz). Behandlung eines Falles von Brandnarben mit Fibrolysin.

Med. Klinik 1907. Nr. 41, pag. 1234.

Infolge einer ausgedehnten Verbrennung hatte sich eine Narbenkontraktur ausgebildet, die das Knie in einem Winkel von 30° fixierte. Durch Einspritzungen von Fibrolysin (im ganzen wurden 65 Injektionen gemacht) gelang es unter gleichzeitiger medikomechanischer und Stauungsbehandlung, das Bein vollkommen gerade zu strecken. **Paul Zander**-Berlin.

11) **Axel Tagesson-Möller** (Berlin). Heilgymnastik während der Schwangerschaft.

Zeitschr. für phys. u. diätet. Therapie. 1907/08. XI. Bd. VIII. Heft, pag. 463.

Verf. empfiehlt zur Beschleunigung und Anregung des Stoffwechsels während der Gravidität gymnastische Uebungen machen zu



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lassen und zwar lässt er Arm- und Brustübungen mit Widerstandsbewegungen und Atemübungen, sowie Rumpfübungen zur Kräftigung der Bauchpresse machen. Wenn die Behandlung mit Vorsicht und unter genauer Beobachtung ausgeführt wird, hat Verf. keinen Schaden davon gesehen, selbst nicht bei Frauen mit Neigung zum habituellen Abort.

Paul Zander-Berlin.

12) **Otto** (Berlin). Ein neuer grundlegender Fortschritt im Röntgeninstrumentarium.

Med. Klinik 1907. Nr. 46, pag. 1396.

O. beschreibt den neuen von der Elektrizitäts-Gesellschaft „Sanitas“ konstruierten „Rotax“-Unterbrecher, der die Vorzüge sowohl des Wehnelt- als auch die des Quecksilberstrahl-Unterbrechers vereinen soll, ohne die Fehler derselben aufzuweisen. Es ist ein Quecksilber-Unterbrecher, mit dem mehr als 8000 Unterbrechungen in der Minute erreicht werden können. Er kann zu jedem Induktor, der einen Kondensator hat, gebraucht werden.

Paul Zander-Berlin.

13) **Dieffenbach.** Plastic x-ray pictures or roentgenograms.

New York medical journal. 1907. Heft 12. S. 1057.

D. beschreibt die Herstellung sogenannter plastischer Röntgenogramme mittelst Uebereinanderkopieren eines Negativs und eines davon hergestellten gleichgrossen Diapositivs.

Nach Ansicht des Referenten geht der Wert dieser ja auch bei uns hinreichend bekannten Bilder nicht über den einer interessanten Spielerei hinaus.

Rauenbusch-Heidelberg.

14) **W. v. Konstantinowitsch.** Zur Frage der Schwanzbildung beim Menschen.

Zeitschr. für Heilkunde. 1907. Heft 1.

Nach einer erschöpfenden Darlegung der bestehenden Anschauungen über Schwanzbildung beim Menschen und Bericht über die bisher in einwandfreier Weise nachgewiesenen Fälle beschreibt Verf. einen von ihm genau histologisch untersuchten Fall von echter Schwanzbildung.

Das Gemeinsame des Tierschwanzes mit dem echten weichen Menschenschwanze besteht darin, dass jeder von ihnen ein äusserliches Anhängsel darstellt, das im Zusammenhang mit der Wirbelsäule steht. Dieser ist beim Tierschwanze durch die Schwanzwirbel repräsentiert. In dem vom Verf. beobachteten Falle war der Zusammenhang mit dem Rückenmarke zwar auch ein unmittelbarer, liess sich aber erst



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bei der histologischen Untersuchung erweisen. Es handelte sich um ein 31 cm langes, 1680 g schweres Monstrum, welches tot zur Welt gekommen war. In der Steissbeingegend fand sich ein 1 cm langer, weicher, mit Haut überzogener Anhang, in welchem keine harten Gebilde zu tasten waren. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um eine unmittelbare Fortsetzung des unteren Endes des Rückenmarkes handelte und demnach ein echter menschlicher Schwanz vorliegen musste.

Spitzy-Graz.

15) **Theodor Brugsch.** Zur Frage der Schwanzbildung beim Menschen.

Zeitschr. für Heilkunde 1907. Heft VII.

Anknüpfend an die Arbeit von Konstantinowitsch gibt Brugsch eine entwicklungsgeschichtliche Darstellung der beim normalen Embryo beobachteten Verhältnisse des unteren Endes der Wirbelsäule. Er kommt zu dem Schlusse, dass es sich in dem von Konstantinowitsch untersuchten Falle um echte Schwanzbildung handle, indem die normal stets angelegte Schwanzknospe sich zu einem echten, weichen Aussenschwanz entwickeln kann, auch wenn keinerlei Andeutungen von Wirbeln nachzuweisen sind.

Spitzy-Graz.

16) **Bartels.** Tuberkulose (Wirbelkaries) in der jüngeren Steinzeit.

Archiv für Anthropologie, Neue Folge, Bd. VI, Heft 4.

B. beschreibt die Wirbelsäule eines Skelettfundes aus der jüngeren Steinzeit, die am 3. und 4. Brustwirbel eine lokale kyphotische Ausbiegung, d. h. einen Gibbus aufweist. Wie uns besonders die vorzüglichen seitlichen Abbildungen zeigen, sind der 4. und 5. Brustwirbel zu einem nach vorn stark abgeschrägten, keilförmigen Knochenstück vereinigt, das auch noch mit dem 6. Brustwirbelkörper, der in seiner Form nicht wesentlich verändert ist, knöcherne Vereinigung aufweist.

An dem verhältnismässig gut erhaltenen Skelett haben sich Zeichen anderweitiger Knochenverletzungen, inbesondere von Frakturen, nicht gefunden. Es handelte sich um ein männliches Individuum in der zweiten Hälfte der Zwanziger, soweit sich Anhaltspunkte gewinnen liessen.

Den ausführlichen differentialdiagnostischen Erörterungen des Autors wird man sich bei Betrachtung der Bilder wohl ohne weiteres anschliessen können, es handelt sich also um einen besonders für Chirurgen sehr wichtigen Beitrag zur Kenntnis der prähistorischen Pathologie.

Rauenbusch-Heidelberg.



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

17) **J. D. Ghiulamila** (Bukarest). Das Gipsbett und dessen Anwendung in der Behandlung der Pottschen Krankheit.

Spitalul. 1907, Nr. 15, pag. 301.

Der Verfasser ist ein eifriger Anhänger des Gipsbettes in der Behandlung der Wirbeltuberkulose und ist der Ansicht, dass durch dasselbe die Immobilisierung und Entlastung der kranken Teile viel besser erzielt wird als durch Anwendung verschiedener Mieder und sonstiger Stützapparate. Die Anfertigung eines guten Gipsbettes unterliegt keinen Schwierigkeiten und kann dasselbe von jedem Arzte und wo immer hergestellt werden. Der betreffende Patient wird auf den Bauche derart gelagert, dass Schultern, Kopf und untere Extremitäten durch harte Polster gestützt und gleichzeitig etwas über die Unterlage emporgehoben werden. Nun werden Rücken, Seitenteile, eventl. auch Gesäss und Kopf mit doppelten, in Gipsbrei getauchten Mullbinden belegt und dieselben dem Körper enge angeschmiegt. Bei Kindern sind 4—6 Doppellagen, bei Erwachsenen oder grösseren Kindern 6—8 vollkommen genügend. Nach Erhärten des Gipses können auch noch an der vorderen Seite Befestigungsriemen angebracht werden. Auch kann man die Immobilisierung im Gipsbette mit Extension des Kopfes kombinieren. Zeitweilig kann der Kranke wieder auf den Bauche gelagert und das Gipsbett abgenommen werden, sei es um die kranke Stelle zu inspizieren, sei es um Punktionen von Eiteransammlungen oder Einspritzungen vorzunehmen. Die Kinder können mit dem Gipsbette leicht transportiert werden und auch Luftkuren machen, wodurch bekanntlich die Heilung der Pottschen Krankheit erheblich gefördert wird.

E. **Toff**-Braila.

18) **Maurice Péraire** (Paris). Mal de Pott guéri depuis trois ans et demi.

Revue mens. des maladies de l'enfance. Janvier 1907, pag. 24.

Der Fall ist wieder ein Beweis für die leichte Heilbarkeit der Tuberkulose. Es handelte sich um einen 21 jährigen Mann mit einem doppelten kalten Abszess der dorsalen Wirbelsäule, der ausserdem auch Zeichen von tuberkulöser Infiltration der Lungenspitzen darbot. Eine linksseitige Pleuritis wurde zweimal punktiert und das eine Mal 1 Liter, das andere Mal 1 Liter 200 gr seröser Flüssigkeit entleert. Die beiden, etwa orangengrossen Abszesse der Wirbelsäule wurden durch Punktion entleert, ein Kompressivverband und Gipsmieder angelegt und der Patient aufs Land geschickt. Nach einigen Monaten wurde eine neue Punktion vorgenommen, da sich wieder Eiter angesammelt hatte, dann

Generated on 2019-06-08 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

im nächstfolgendem Jahre der Gipsapparat durch einen solchen aus plastischem Filze ersetzt. Während dieser Zeit hatte sich ein Perinäalabszess gebildet, und es entwickelte sich eine Fistel, die acht Monate dauerte. Nichtsdestoweniger kann der Patient heute als vollkommen geheilt betrachtet werden. Die Abszesse haben sich nicht wieder gezeigt. die Infiltration der Lungenspitzen ist nicht mehr nachzuweisen und auch sonst ist das Allgemeinbefinden ein sehr gutes.

E. Toff - Braila.

19) **Wallace.** Correction of the Deformity of Potts Disease.

New York medical journal 07. 14. XII.

Wallace gibt eine Beschreibung der neuen Calotschen Methode zur Korrektur des Gibbus bei der Spondylitis tuberculosa, die er nach seinen Erfahrungen als gefahrlos, wirksam und auch für den Patienten bequem empfiehlt. **Rauenbusch**-Heidelberg.

20) **Schulthess** (Zürich). Schädelasymmetrie bei kongenitaler Skoliose.

Zeitschr. für orthopäd. Chirurgie. 19. Bd. 1.—2. H. S. 87.

Verf. betont auf Grund eines von ihm beobachteten Falles, dass die Schädelasymetrie, wie sie bei rachitischen Kindern konform der Thoraxasymetrie vorkommt, (Abflachung resp. Vorwölbung des Schädels auf derselben Seite wie die gleiche Bildung des Thorax), ebenso auch bei kongenitalen Skoliosen festgestellt werden kann. Möglicherweise sei auch die Veränderung der Kopfform durch Rachitis mitverursacht.

Ottendorff - Hamburg - Altona.

21) **Böhm** (Berlin). Zur Aetiologie des flachen Rückens.

Zeitschr. f. orthop. Chirurgie. 19. Bd. 1.—2. Heft. S. 406.

Nach Untersuchungen des Verf. an einer grossen Reihe von Skeletten scheint die numerische Variation nicht nur einen Einfluss auf die seitliche Verbiegung der Wirbelsäule, sondern auch auf ihre anterioposteriore Krümmung zu haben. An der Grenze des lumbalen und sakralen Teiles kommen Wirbelvarietäten vor, wonach entweder der letzte Lendenwirbel (24. Wirbel) mehr sakralen Typus oder der erste Kreuzbeinwirbel (25. Wirbel) mehr lumbalen Typus annimmt. Die stärkeren Grade dieser Varietät führen zu einer Verschiebung des Promontoriums. Je stärker der 24. Wirbel sakralisiert ist, umsomehr bildet sich das Promontorium über ihm aus, je stärker der 25. Wirbel lumbalen Charakter annimmt, desto mehr prägt sich unter ihm das Promontorium aus. Bei geringeren Graden ist dieses falsche Promontorium weniger stark entwickelt, und es zeigt sich ausserdem das



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

normale, sodass in solchen Fällen zwei aber flache Hervorragungen bestehen. Die ganze Bildung des Kreuzbeins wird dadurch eine gestrecktere, was auch eine Ausgleichung der lumbalen Lordose zur Folge hat. Die Wirbelsäule zeigt damit eine im ganzen gestreckte Form, eben den Typus des flachen Rückens.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

22) **Böhm** (Berlin). Untersuchungen über die anatomische Grundlage der jugendlichen seitlichen Rückgratsverkrümmungen.

Zeitschr. für orthopäd. Chirurgie. 19. Bd. 1.—2. Heft. S. 286.

Verf. hat ausgedehnte Untersuchungen an anatomischem Material sowie auch an Röntgenbildern lebender Personen gemacht. Nach kurzer Schilderung der normalen Wirbelsäule und deren einzelner Bestandteile beschreibt B. die wichtigsten der 52 Präparate der Dwigthschen Sammlung in Boston. Zunächst die Varietäten der cervicodorsalen Gegend, bei denen teils der 7. Halswirbel dorsalen Charakter zeigt, d. h. sogenannte Halsrippen trägt, teils der 8. Wirbel (erste Brustwirbel) rudimentäre Rippen aufweist und sich dem Charakter der Halswirbel nähert. In beiden Fällen zeigt das 2. Rippenpaar Anklänge an die Form der normalen zweiten Rippe. In der lumbosakralen Region sind gleichartige Variationen beobachtet, indem entweder der 24. Wirbel (5. Lendenwirbel) mehr oder weniger den Kreuzbein-Charakter zeigt resp. mit dem Kreuzbein vollkommen verwächst, oder der 25. Wirbel (1. Kreuzbeinwirbel) sich ganz oder teilweise in einen Lendenwirbel verwandelt hat. Auch hierfür führt Verf. eine Reihe von Präparaten an.

Diesen oben geschilderten Veränderungen analoge Varietäten finden sich auch an der Grenze des Lumbal- und Dorsalteils, wo das Verhalten der intervertebralen Gelenke sowie die Ausbildung der Rippen resp. der Querfortsätze besonders ins Auge fällt.

Diese Veränderungen fasst B. nicht als eine auf einen einzelnen Punkt beschränkte Anomalie auf, sondern erklärt sie als Teilerscheinungen eines Phänomens, welches die ganze Wirbelsäule betrifft, aber vorzugsweise an den Grenzen der einzelnen Abschnitte in Erscheinung tritt. Die Wirbelsäule zeigt also im ganzen die Neigung kopfwärts oder kaudalwärts zu variieren, doch kommt es gewöhnlich nur zur Variation eines Abschnittes.

Nach einigen, bis jetzt aber noch wenig zahlreichen Statistiken scheinen derartige Variationen ziemlich häufig zu sein, 15.9—22 Proz. von untersuchten Wirbelsäulen zeigten solche Veränderungen. Das

Generated on 2019-06-08 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

weibliche Geschlecht zeigt eine gewisse Prädisposition zur Variation und zwar vorwiegend in kranieller Richtung. Bei Variation in kranieller Richtung eilt gewöhnlich die linke Seite der rechten voraus, bei kaudaler Richtung ist es umgekehrt.

Die Ursache derartiger Variation der Wirbelsäule ist noch keineswegs klar, doch scheint es B. auch nach anderweitigen Untersuchungen wahrscheinlich, dass der embryonal erfolgte asymetrische Ansatz der Extremitäten dabei eine Rolle spielt. Vielleicht sei aber beides auch nur der Ausdruck eines und desselben Bildungsfehlers.

Die Variationen können nun eine Deformierung der Wirbelsäule hervorrufen, und zwar im kraniellen Abschnitt durch asymetrische Ausbildung der freien Rippen, und zwar für gewöhnlich so, dass die Konvexität der dorsalen Krümmung der Seite gegenüber liegt, auf welcher die cervico-dorsale Grenze höher steht. Im kaudalen Abschnitt kommt die Verbiegung durch asymetrische Ausbildung der Sakralflügel zu Stande, und zwar in der Regel so, dass die Konvexität auf derselben Seite liegt, auf welcher die lumbosakrale Grenze höher steht. Im dorsolumbalen Abschnitt entsteht die Verbiegung durch irreguläre und asymetrische Ausbildung des Gelenkumschlags, so dass im allgemeinen die Konvexität der Verkrümmung dem abnormen Gelenk gegenüber liegt.

Im Anschluss an diese anatomischen Feststellungen verwertet B. noch 30 Fälle röntgographisch untersuchter Skoliosen beim Lebenden, unter denen er bei 28 numerische Variationen der Wirbelsäule feststellen konnte. Auch dort fand sich derselbe Zusammenhang zwischen Déformität und numerischer Variation, sodass Verf. zu dem Schluss kommt, dass nicht, wie bisher angenommen, die habituelle Skoliose des zweiten Lebensdezenniums durch Einwirkung funktioneller Schädlichkeiten auf ein bis dato normales Skelett entstehe, sondern dass die Grundlage der Skoliose ein embryonaler Entwicklungsfehler sei, und dass andere (mechanische) Momente nur eine Verschlimmerung bewirken könnten. Die Skoliose tritt für gewöhnlich desshalb erst im 2. Dezennium in Erscheinung, weil die zu dieser Zeit physiologische Formentwicklung des Thorax spez. das Rippenbreitenwachstum und die Ausbildung des Gelenkumschlags spez. im dorsolumbalen Teil die Veränderungen deutlich werden lässt. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

23) **Schulthess** (Zürich). Ueber die sogenannte konkavseitige Torsion der Wirbelsäule.

Zeitschr. für orthopäd. Chirurgie. 19. Bd. 1.—2. H. S. 67.

Entgegen den Veröffentlichungen von Reiner und Werndorff hält Sch. an der Existenz der Konkavtorsion fest. Nach ihm und



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Lovett entsteht der Torsionswulst auf der konkaven Seite, wenn die Wirbelsäule bei leichter Rückwärtsbeugung seitlich geneigt wird, die Konvextorsion dagegen bei leichter Vorwärtsbeugung und seitlicher Inflexion. Sch. hat dies Verhalten der Wirbelsäule am lebenden und besonders am anatomischen Material geprüft. Er hat eine Wirbelsäule in einem Apparat eingespannt, der das Präparat am oberen und unteren Ende mit einer in jeder Richtung nach Bedarf frei beweglichen oder feststellbaren Klammer fasst und eine beliebige Belastung der Wirbelsäule durch Gewichte erlaubt. Bei Freiheit sämtlicher Achsen und Belastung wurde bei einem seitlich wirkenden Druck eine konkavseitige Rotation des oberen Endes beobachtet. Bei lordotischer Einstellung der Wirbelsäule und Belastung wurde auch bei Seitenbiegung eine konkavseitige Rotation der oberen Klammer bemerkt. Bei Feststellung des unteren Wirbelsäulenendes (frontale Achse aber freigegeben sodass Lordosierung stattfinden kann) und Freiheit des oberen Endes fand bei derselben Art der Belastung und Inflexion eine konkavseitige Rotation des oberen Endes statt. Bei Feststellung des oberen Endes sodass nur eine Lordosierung stattfinden kann, erfolgt ebenso eine konkavseitige Drehung des unteren Endes. Unter diesen Bedingungen war eine Konkavrotation zu beobachten und zwar tritt bei Fixation des unteren Endes die Konkavrotation am oberen Ende ein, bei Fixation des oberen Endes umgekehrt am unteren.

Ottendorff - Hamburg - Altona.

24) **R. Cassirer.** Die Behandlung der Erkrankungen der Cauda equina.

Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 33, S. 382.

An erster Stelle unter den Erkrankungen der Cauda equina stehen die traumatischen, an zweiter die Tumoren. Da in letzter Zeit namentlich die operative Therapie sich mit diesem Gebiet spezieller befasst hat, ist eine Uebersicht der Erfolge angezeigt. Die Diagnose, namentlich die Höhendiagnose, ist schwierig, sie stützt sich vor allem auf den Schmerz, der fast nie fehlt, meist äusserst heftig, oft neuralgiform ist und sich im Kreuzbein und im Ischiadicusgebiet lokalisieren lässt. Anästhesiensind häufig, aber keineswegs konstant. Die Sehnenreflexe der betr. Gebiete fehlen oft; Blasen- und Mastdarmschwäche ist häufig, aber nicht konstant; die Paresen sind meist unbedeutend, eine partielle Steifigkeit der Wirbelsäule kommt nur selten vor. Der Verlauf ist sehr langsam. Oft wird das Bild noch komplizierter, wenn es sich um eine Tuberkulose der betr. Gebiete handelt, die wohl nie direkt von der Cauda ausgeht (meist vom


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Knochen) und daher das Caudagebiet auch nur indirekt, meist durch eine käsige Pachymeningitis ext. schädigt. Hier sind die nervösen Symptome natürlich inkonstant und, abgesehen von den Schmerzen, in der Regel sehr gering. Die Therapie für diese Fälle ist in der Regel konservativ, absolute Fixierung etwa im Lorenzschen Gipsbett und Extensionsbehandlung; doch hat bisweilen eine Operation (Wirbelresektion) auch bei sakraler und Cauda-Tuberkulose schöne Erfolge. Syphilitische Caudaerkrankung erfordert spezifische Therapie; die (seltene) spontane Caudaneuritis neurologische Behandlung. Die traumatischen Schädigungen bessern sich bisweilen spontan, erfordern aber oft chirurgisch-operative Nachbehandlung (Entfernung von Splittern), mit wechselndem Erfolge wegen der nicht selten eintretenden Meningitis Die Tumoren sind natürlich bisher, wo überhaupt möglich, nur operativ behandelt worden, übrigens mit wesentlich schlechteren Erfolgen als bei Rückenmarkstumoren. In 3 von 24 Fällen scheint Heilung erzielt worden zu sein, in 3 weiteren Besserung. Aber Spätrezidive sind nicht selten. An 75 Prozent wurde also keine Besserung, oft eine Verschlechterung herbeigeführt Die Misserfolge beruhen teilweise in der Gefahr der Meningitis, teilweise an der Malignität (ca. 50% maligne Tumoren) der Tumoren, an ihrem Sitz (Wirbel) oder ihrer Grösse (bis zu 19 1/2 cm lang).

L. Schoenborn-Heidelberg.

25) **D. J. Cranwell** (Buenos Aires). Kystes hydatiques de l'humérus.

Revue d'Orthop. 1907. Nr. 6, p. 513.

Verf. konnte aus der ganzen ihm zugänglichen Literatur nur 82 Fälle von Knochenzysten zusammenstellen, denen er 2 persönliche Beobachtungen anreiht.

I. 36 jährige Frau, vor 5—6 Monaten Schmerzen im rechten Arm, schliesslich Tumor an der Hinterseite des Oberarms, der nicht empfindlich war, aber langsam grösser wurde. Es trat eine Spontanfraktur des rechten Oberarms ein, im Laufe der Behandlung schwand der Tumor hinten, es bildete sich aber an der Vorderseite der unteren Humerushälfte ein ganz ähnlicher. Später kamen noch mehrere in der Mitte hinzu.

Bei der Inzision eines Tumors, der dicht unter der — geröteten — Haut lag, entleerten sich Eiter und Echinococcusblasen. Man begnügte sich mit der Inzision, die Wunde heilte bis auf lange bestehende Fisteln, durch die sich einige Knochensequester abstiessen. Nach 1/2 Jahre machte man eine Röntgenaufnahme und fand in



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

den oberen zwei Dritteln des Humerus zahlreiche Aufhellungen im verdickten Knochen. Durch eine weitere Operation wurden weitere Sequester und Blasen entfernt. Bald darauf kam Pat. dem Verfasser aus den Augen.

II. 21 jähriger Mann fiel auf den linken Arm und zog sich eine Humerusfraktur zu, die verheilte, aber bei einem neuen Fall, 1/2 Jahr später, wieder brach. Die Fragmente sind disloziert, ausgiebig gegeneinander verschiebbar, aber ohne Krepitation und ohne Schmerzen. Ein Röntgenbild zeigt die ganze Diaphyse vergrössert und voll von Aufhellungen. Bei der Operation zeigt sich der Knochen pergamentartig verdünnt. in der Höhle finden sich verschieden grosse freie Echinokokkusbläschen. Bei der Ausräumung derselben mit dem scharfen Löffel bricht der Humerus an verschiedenen Stellen. Nach Auswaschen mit Formal wird primär genäht. Es tritt Heilung p. p. i. ein; nach fast 3monatiger Immobilisation ist der Knochen fest konsolidiert.

Ewald-Hamburg.

26) **Savariaut** (Paris). Avantages de la mise en abduction du bras dans le traitement des fractures de la diaphyse humérale.

La Presse médicale, 1907, No. 28, pag. 221.

Radiographische Untersuchungen haben ergeben, dass bei Frakturen im oberen oder mittleren Drittel des Humerus eine Adaptierung der Fragmente durch die Extension gerade nach unten und das Anlegen des Hennequinschen Verbandes nur schwer zu erreichen ist. Das obere Fragment wird meist durch die an demselben inserierten Muskel mehr oder weniger abduziert und kommt hierdurch in winkelige Stellung zu dem unteren, in vertikaler Richtung extendierten Fragmente. Um diesem Uebelstande abzuhelfen, hat der Verfasser das Anlegen des ursprünglichen Hennequinschen Verbandes in folgender Weise abgeändert: Der Zug am Ellbogen wird in nach aussen schiefer Richtung mittels eines Kautschukschlauches, den man auch an der Erde, etwa am Bettfusse, befestigen kann, ausgeführt. Der Gegenzug wird von einem Gehilfen ausgeübt, der auf die Schulter, nahe dem Halse des Patienten greifend den Stamm desselben nach der entgegengesetzten Richtung zieht. Nach Anlage des Gipsverbandes werden die beiden Fragmente mit den Händen koaptiert. Schliesslich wird der Ellbogen durch das Unterschieben eines Kissens in abduzierter Stellung fixiert.

E. Toff-Braila.



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

27) **J. Huchet** (Paris). Traitement chirurgical des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus.

La Presse médicale. 1907. Nr. 24, pag. 185.

Die Brüche des unteren Humerusendes erheischen oft einen direkten chirurgischen Eingriff, namentlich wenn die Reduktion eine schwierige ist, ein grosser blutiger Erguss besteht, die Fraktur intraartikulär ist, zahlreiche Knochenfragmente vorhanden sind etc. Am praktischsten ist die von Lambotte angegebene Methode der direkten Vereinigung der Fragmente durch angeschraubte Aluminiumspangen, falls es sich um supra-kondyläre Frakturen handelt, oder durch Schrauben, deren Zahl und Lage sich je nach Zahl und Lage der betreffenden Knochenstücke richtet. Das Anlegen aller dieser Teile verlangt ein bequemes Freilegen der lädierten Teile und eine peinliche Asepsis. Man muss auf das Auftreten eines Hämatoms und einer serösen Ansammlung achten und dieselben rechtzeitig entleeren, um einer Sekundärinfektion vorzubeugen.

Als Komplikationen der in Rede stehenden Fraktur sind hauptsächlich die Verletzungen des Kubital- und Radialnerven anzuführen. Man tut am besten, in solchen Fällen die Teile bloszulegen und die verletzenden Knochensplitter zu entfernen. Im späteren Verlaufe ist es der exuberierende Kallus oder fibröse Wucherungen, die chirurgisch angegangen werden müssen, um Schmerzhaftigkeit, Paresen oder Lähmungen beseitigen zu können.

Zusammenfassend soll also gesagt werden, dass Frakturen des unteren Humerusendes oft eine operative Behandlung in Verbindung mit direkter Vereinigung der gebrochenen Teile verlangen, wodurch man am sichersten eine gebrauchsfähige Extremität erhält und Ankylosen des Ellenbogengelenkes vermeidet. **E. Toff**-Braila.

28) **Schmincke** (Würzburg). Ueber Peritheliome in der Gegend des Handgelenks.

Zentralbl. f. Chir. 1907. Nr. 44, pag. 1292.

Schm. beschreibt zwei Fälle von Peritheliomen, die durch ihren seltenen Sitz am Handgelenk interessieren und klinisch als Angiome angesehen wurden. **Paul Zander**-Berlin.

29) **Bergmann.** Ein ätiologischer Beitrag zur Dupuytrenschen Fingerkontraktur.

Prager med. Wochenschrift 1907. Nr. 45.

In einer Familie von 10 Geschwistern, deren Eltern gesund gewesen waren, entwickelten sich bei 4 derselben (3 Frauen, 1 Mann)



Digitized by Google Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

jenseits der 50er Jahre typische Dupuytrensche Kontrakturen. Im gleichen Lebensalter zeigte diese Deformität auch ein Neffe der Erkrankten.

Die Familiarität ist in diesem Falle um so klarer, als alle Patienten keine ausgesprochen schwere Arbeit leisteten, die Männer waren landwirtschaftlich, die Frauen nur häuslich tätig

Carl Springer-Prag.

30) **Paul Jottkowitz** (Oppeln). Ueber die Behandlung von Fingerbrüchen.

Zentralblatt für Chirurgie. 1907. Nr. 45, pag. 1313.

Um die bei vielen Fingerfrakturen zurückbleibende Dislokation mit einem nach der Streckseite zu offenen Winkel zu beseitigen, bandagiert J. den gebrochenen Finger in annähernder Faustistellung auf einen in der Vola fixierten Watteballen. Seitliche Dislokation verhindern die mit eingewickelten benachbarten Finger.

Paul Zander-Berlin.

31) **Wollenberg** (Berlin). Die normale Anatomie des Kniegelenks im Röntgenbilde nach Aufblasung der Gelenkkapsel.

Zeitschr. f. orthop. Chir. 19. Bd, 1.—2. Heft, S. 245.

Verf. hat die Ergebnisse seiner Untersuchungen über die Anatomie der Gelenkenden bei Sauerstoffeinblasung am anatomischen Präparate kontrolliert. W. geht in der Weise vor, dass er das Kniegelenk durch Injektion mit Leim aufbläht und dann das in Formalin gehärtete Gelenk durch mehrere parallele Schnitte zerlegt. Die Schnitte waren teils sagittal, teils frontal geführt. Der Vergleich der anatomischen Präparate mit den davon angefertigten Röntgenphotographien erlaubte eine genaue Deutung der einzelnen Schatten- und Lichtpartien des Röntgenbildes. Spez. die Lage der Meniscen und die Frage ihrer etwaigen Dislokation liess sich hierbei genau studieren, und zwar konnte W. feststellen, dass bei Aufblasung der Gelenkkapsel die Meniscen fast überall leicht von der Gelenkfläche abgehoben und nach aussen disloziert sind. Bei seitlicher Durchleuchtung ist der laterale Meniscus nach hinten zu durch einen zungenförmigen Schatten mit der Gelenkkapsel verbunden. Es ist dies die Insertion der Kapsel am Meniscus. Es braucht deshalb dies Schattengebilde nicht, wie es W. früher angenommen hat, der Ausdruck einer Meniscusverletzung zu sein. Bei ventrodorsaler Durchleuchtung ist der laterale Meniscus weiter herausgezogen als der mediale, da seine Befestigungspunkte eine grössere Orts-



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

veränderung gestatten. Eine stärkere Dislokation des lateralen Meniscus nach aussen, sowie das freie Schweben des Meniscusschattens im Gelenkspalt spricht also nicht, wie W. früher zu glauben geneigt war, für eine Meniscusverletzung. Eine absolut zuverlässige Diagnose der Meniscusverletzung auf diesem Wege scheint dem Verf. nicht leicht zu sein.

Ottendorff - Hamburg-Altona.

32) **Marcozzi** (Neapel). Un raro caso di tubercolosi della rotula che predispone alla sua frattura indiretta; risultati della cura chirurgica in vari casi di frattura.

Il Tommasi A. 2. Nr. 22.

Durch vorliegende Veröffentlichung kommt Verf. zu den gleichen Schlüssen wie Rossi, welcher annimmt, dass sehr viele der Fälle von indirekter Fraktur der Kniescheibe auf anormalen Verhältnissen zum Nachteil der Integrität der Patella beruhen, welche im Augenblick der Fraktur präexistieren, und sehr wahrscheinlich Verhältnisse pathologischer Natur sind, die unbeobachtet geblieben sind.

Ausser einem klinischen Fall, wo ein tuberkulöser Prozess der Kniescheibe bestand, berichtet Verf. gedrängt über einige Fälle von veralteten Querfrakturen der Kniescheibe, die auf direkte Traumen zurückgehen, und in der Klinik von Prof. D'Antona operiert worden sind. Die bezüglichen Radiographien lassen nicht nur die pathologisch-anatomischen Verhältnisse vor der Operation, sondern auch das Heilungsresultat nach der blutigen Naht in verschiedenen zeitlichen Abständen deutlich erkennen. Inbezug auf letztere Fälle schliesst er, dass, wenn eine grosse Diastase der Fragmente eingetreten ist, die gewöhnlichen unblutigen Mittel wenig Aussicht auf Heilung geben, und dass vielmehr die Naht der Kniescheibenfragmente die Behandlung bleibt, die in jedem Fall von Fraktur erheischt wird, aber erst sekundär auszuführen ist, um abzuwarten, dass die von dem Trauma auf die Kniescheibe und der Fraktur selbst abhängigen Erscheinungen (Blutergüsse etc.) verschwinden, und so an gesunden Geweben zu operieren.

Buccheri - Palermo.

33) **Ely.** Treatment of fracture of the patella.

New York medical journal, 7. XII. 07. S. 1072.

Ely bevorzugt eine operative Behandlung der Kniescheibenbrüche, da die unblutige keine guten funktionellen Resultate ergeben soll. Allerdings soll bei der grossen Gefahr, die eine Infektion des Kniegelenkes für die Funktion des Beines oder gar das Leben des Patienten mit sich bringt, nur ein geübter Chirurg sich an eine



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

solche Operation wagen. Er empfiehlt einen U-förmigen Schnitt, dessen Basis je nach der Art des Falles zentral oder peripher liegt. Nach Entfernung aller Splitter u. s. w. wird eine Adaption der Bruchstücke durch parostale Naht der Bänder und des Periostes erstrebt; die Knochen selbst mit Silberdraht zu nähen ist nicht rätlich.

Die Nachbehandlung beginnt schon 14 Tage nach der Operation und besteht zuerst in passiven Bewegungen der Kniescheibe nach den Seiten, später in langsam vermehrten Flexionsbewegungen, bis nach drei oder vier Wochen der Kranke aufstehen kann.

In zwei eigenen Fällen ist der Erfolg ein guter gewesen.

Rauenbusch-Heidelberg.

34) **Le Fort.** Le genu recurvatum acquis.

Revue d'orthopédie 1907. Nr. 2, 3, 4, 5, 6. pag. 145, 221, 353, 451, 547.

Zusammenstellung von über 200 Beobachtungen (83 eigenen Fällen) von erworbenem genu recurvatum (g. r.), worunter Verf. alle die Kniedeformitäten versteht, in denen der Unterschenkel mit dem Oberschenkel einen nach vorn offenen Winkel bildet oder bilden kann. Es wird der Winkel gemessen, den der passiv erhobene Unterschenkel mit dem auf horizontaler Unterlage fixierten Oberschenkel bildet. Ein leichter Grad von Hyperextension des Beins im Knie kann — namentlich bei Kindern — physiologisch sein. Verf. nennt darum ein Knie, welches nicht 10° über 180° hyperextendiert werden kann, kein genu recurvatum.

Er unterscheidet fixe (ankylosierte) und bewegliche Genua recurvata. Nur von letzteren ist in der Arbeit die Rede.

Sie haben folgende Entstehungsursachen, Symptome, Pathologie und Therapie (auf Einzelheiten der über 100 Seiten langen Arbeit kann im Referat nicht eingegangen werden): —

1. traumatische g. r. nach Frakturen (wobei das g. r. nur scheinbar vorhanden ist insofern als Ober- oder Unterschenkel difform geheilt sind); ferner nach Epiphysenlösungen (1 Beobachtung), Luxationen, Bänderzerreissungen, namentlich des Lig. cruciat. post. et ant., meist ist jedoch die Gewalt zu stark, so dass eher Frakturen zu Stande kommen. Endlich Bänderdehnungen zufolge chronischer Gewalteinwirkung z. B. Dauerextension am Unterschenkel mit grossen Gewichten. Behandlung in leichteren Fällen: Schienenapparate, in schweren Arthrodese. Bei deform geheilten Frakturen Osteotomie, bei Bandzerreissungen Naht derselben.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2. durch Anpassung entstandenes g. r.

a) bei bettlägerigen Kindern, wo das g. r. z. B. während der Coxitisbehandlung entstehen kann, jedoch auch bei jeder anderen Krankheit, die längere Bettruhe notwendig macht. Le F. hat bei Coxitis in der Hälfte aller Fälle leichte Grade (— 25°) von g. r. beobachtet. (27 eigene Beobachtungen, in denen die Deformität immer nach Dauerextension entstand und bei Gipsverbandbehandlung wieder zurückging.) Oft konnte Verfasser ein genu valgum mitbeobachten. Er stellt die ganz allgemein gehaltene Behauptung auf, dass fast alle jungen Schwerkranken leichte Grade von g. r. bekommen, nach dem 15. Jahre fast nie mehr.

19 mal wurde bei Kindern, die wegen Rachitis, Luxatio coxae cong., Kinderlähmung oder Spondylitis das Bett hüten mussten, g. r. konstatiert.

b) g. r. durch Ausgleichung (compensation) bei Stellungsanomalien des Beckens, der Hüfte, Verkürzungen der unteren Extremität. Und zwar kann das kranke oder das gesunde Bein vom g. r. betroffen sein: ist durch Destruktionsprozesse das Hüftgelenk in Flexionsstellung ankylosiert und das Bein stark verkürzt, so soll ein g. r. der gesunden Seite entstehen. Bei Coxitiden, die in Streckstellung ausgeheilt sind, ein g. r. der kranken Seite.

Weitere statische g. r. können ferner bei Coxa vara, Luxatio coxae cong, Pes varus uni - und bilateralis (5 Beobachtungen) vorkommen.

Die Ursache wird von den Autoren in einer Bandlockerung erblickt, Le F. hält sie für die Folge von Knochenveränderungen in den Epiphysen des Femur und der Tibia und sucht diese Meinung durch Röntgenbilder zu stützen. Er glaubt, dass bei liegendem Bein das Knochenwachstum an den hinteren Partieen der Gelenkenden schneller vor sich geht, als an den vorderen Partieen. (Daher prophylaktisch bei langnotwendiger Bettruhe das Knie stützen!) Beim statischen g. r. ist die Ursache allzugrosse Ueberlastung der vorderen Gelenkteile, andererseits Zug an den hinteren Ligamenten und Muskeln.

Die funktionellen Störungen sind selten sehr schwer gegenüber dem primären Leiden. Prognostisch ist zu sagen, dass das g. r. sich bei Bettruhe verstärkt; ist der Pat. erst aufgestanden, so hat das g. r. die Tendenz zu heilen: die Gelenkflächen der Femurkondylen nehmen durch das Gehen wieder ihre normale Form an (Röntgenbilder vor und ein Jahr nach dem Laufen beweisen dies).

In manchen Fällen bessert oder ermöglicht das g. r. direkt erst den Gang, ist also eine nützliche Deformität.



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Behandlung ist einmal prophylaktisch (Hyperextension des Kniegelenks sowohl bei Bettruhe als auch im Gipsverband vermeiden!). Ist das g. r. einmal entstanden, dann immobilisiert man das Bein in leichter Beugestellung, in schweren Fällen gibt man einen Schienenhülsenapparat. Eine Arthrodese zu machen, hält Le F. bei gut erhaltener Beinmuskulatur für nicht erlaubt, eine Osteotomie allenfalls für gestattet. Auf alle Fälle ist dem primären Leiden die Hauptaufmerksamkeit zu widmen.

3. Genu recurvatum rachiticum.

Es ist selten beträchtlich ausgebildet und meist mit Genu valgum vergesellschaftet. Meist ist die Tibia mit der Convexität nach hinten ausgebogen (Röntgenbild!). Dazu kommt aber Schlaffheit der Bänder und Insuffizienz der Muskeln („rachitische Pseudoparalyse"). Die Behandlung ist ausser der antirachitischen die Osteotomie der Tibia. Einmal hat Verf. auch mit gutem Erfolg die Langesche Faltung der hinteren Kapsel und der Kreuzbänder versucht. Apparate hält er für einen Notbehelf. — 8 Beobachtungen.

Weiter unterscheidet Le F. noch ein g. r. der schwächlichen Kinder (9 Fälle, deren Zahl aber leicht vermehrt werden könnte). Oftmals wird nebenbei Knickfuss, Skoliose, Genu valgum beobachtet. Pathol.-anatomisch handelt es sich auch in diesem Falle um eine Knochendeformität (Rachitis tarda). Ferner gibt es nach Analogie des genu valgum adolescentium auch ein genu recurvatum adolescentium (ebenfalls Rachitis tarda) und zwar ein einseitiges und doppelseitiges, im letzteren Falle vergesellschaftet mit anderen rachitischen Deformitäten.

4. bei Osteomalacie hat Le F. einmal auch ein genu recurvatum gesehen.

5. Es folgt das wichtige Kapitel des g. r. bei der spinalen Kinderlähmung. Hier kann es entstehen bei totaler Muskellähmung an einem Bein (Schlottergelenk, oder mehr oder weniger fixiertes Kniegelenk) oder bei partieller Paralyse. Immer bilden statische Bedingungen die Deformität heraus, nicht einseitige Muskelkontraktionen.

Endlich kann das genu recurvatum bei gesunden Oberschenkelmuskeln auch zum Ausgleich der Stellung des Fusses entstehen, und zwar am gesunden oder am kranken Bein. Das Kniegelenk kann in allen diesen Fällen ein Schlottergelenk sein oder einfach schlaff oder in Hyperextension fixiert.

Ausser bei der Kinderlähmung kommt das g. r. noch bei anderen Muskellähmungen vor (nach Spondylitis, Wirbelfraktur, peripherer Nervenverletzung [z. B. Ischiadicusdurchschneidung] oder



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

-erkrankung). Weiterhin bei reflektorischen Atrophieen der Ober- und Unterschenkelmuskulatur nach Verstauchungen, Entzündungen u. s. w. Was die Behandlung aller paralytischen Genua recurvata betrifft, so kann bei Schlottergelenken zunächst eine das Kniegelenk fixierende Hülse resp. Schiene zur Anwendung gelangen. Diese können — lange genug getragen — sogar eine Retraktion der Kapsel und Kreuzbänder veranlassen und so das g. r. heilen. Doch sind sie auch hier nur ein Notbehelf. Viel besser ist die Arthrodese (Vulpius). Zu fürchten sind bei dieser segensreichen Operation für später nur sekundäre Abweichungen von der geraden Linie. Ferner kann man die Beuger und die hintere Kapsel verkürzen (Lange). Transplantationen kommen nicht in Betracht. Häufig hat man zunächst die Deformitäten zu korrigieren, die die ungünstigen statischen Verhältnisse bedingen. (Klump-, Spitzfuss, Hüftkontraktur.)

6. Von den g. r., die im Laufe der Tabes entstehen, kennt Verf. die ohne und die im Laufe einer Arthritis entstehenden. Bei den ersteren wird Muskel- und Bändererschlaffung angenommen. Bei tabischer Arthritis ist das g. r. sehr häufig, es kommt zu Stande infolge Destruktion der Knochen und Knorpel und Distension der Bänder (Hampelmannsbein!) — 3 Fälle. Als Behandlung können nur Hessingapparate, die die Hyperextension im Knie hemmen, empfohlen werden.

Bei andern nervösen Arthropathieen ist das g. r. äusserst selten (Syringomyelie? Ref.).

7. Durch den Erguss (traumatisch, akut oder chronisch) entstanden, hat Verf. nie eine Erschlaffung der Bänder, also auch kein g. r. gesehen, ebenso kommt 8. auch keine physiologische einfache Schlaffheit des Kniegelenks etwa bei Tänzerinnen, Schlangenmenschen und so weiter vor.

Ewald-Hamburg.

35) **Ewald** (Hamburg). Plattfuss und Fusswurzeltuberkulose.
Münchener med. Wochenschrift. 1907. Nr. 47.

E. weist darauf hin, dass Fussschmerzen, auch wenn zu gleicher Zeit Abflachung des Fussgewölbes vorhanden ist, keineswegs ätiologisch gleichartig sein müssen. Ausser gichtischen und rheumatischen Erkrankungen ist von praktischer Wichtigkeit vor allem die Tuberkulose der Fusswurzelknochen, die leicht am Anfang als Plattfussbeschwerde gedeutet werden kann. Bei 4 Fällen, die Verf. in der Vulpiusschen Klinik beobachtete, war auch zunächst die Diagnose Plattfuss gestellt worden. Erst der weitere Verlauf und das Röntgenbild hatten dann zur richtigen Erkenntnis der Krankheit geführt.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei 2 Pat. (16 und 20 Jahre) liess sich der Fuss noch durch Entfernung der erkrankten Knochenpartien erhalten, bei den beiden anderen (53 und 65 Jahre) war die Ausdehnung des Prozesses bereits so erheblich, dass nur mehr eine Amputation des Fusses in Frage kam. In allen 4 Fällen war ausserdem ein geringes Trauma vorangegangen, was ätiologisch und je nachdem auch in Bezug auf die Unfallversicherung von Wichtigkeit ist. Es sollte zur Feststellung der Diagnose bei solchen Fällen, in denen die Beschwerden einseitig vorhanden sind und auch bei rationeller Behandlung nicht weichen wollen, eine Röntgenphotographie des Fusses gemacht werden. Eine zeitige Feststellung und entsprechende Therapie kann dann noch guten Erfolg erzielen. Ist der Erkrankungsprozess erst ein ausgedehnterer, so ist der Fuss oft nicht mehr zu retten.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

36) **Bechterew.** Ueber die Hervorrufung von Schmerzen bei Ischias durch Hyperextension der Extremität und über die Unfähigkeit, beide Beine zu strecken.

Neurolog. Zentralblatt 1907. Nr. 23.

Ausser einer Besprechung des bekannten Kernigschen Ischiassymptoms in verschiedenen Modifikationen erwähnt Bechterew, dass bei schwerer Ischias der Kranke gelegentlich jedes Bein für sich „strecken" kann (d. h. doch wohl „gestreckt erheben", da die Prüfung nur bei Rückenlage in Frage kommt), wenn auch das erkrankte in geringerem Grade, aber unmöglich beide zugleich. Hebt er das gesunde Bein zuerst, so kann er das kranke fast garnicht mehr erheben. Die Ursache sucht Bechterew in der motorischen Schwäche der erkrankten Extremität. (Diese Schlussfolgerung sowohl wie der Vergleich mit dem Grassetschen Symptom dürfte starken Zweifeln begegnen. Ref.). **L. Schoenborn**-Heidelberg.

37) **Blaue.** Un caso de pié equino paralitico, tratado por anastomosis tendinosa.

Socied. ginecolog. espanola, 16. X. 07. (s. Rev. de medic. y Cirurg. de Madrid v. 7. XII. 07.)

5jähriges Mädchen, das seit 3 Jahren an paralytischem Spitzfuss leidet. Derselbe ist so hochgradig, dass das Kind auf den maximal flektierten Zehen auftritt. Sämtliche Streckmuskeln des Fusses sind gelähmt. Die Operation bestand in einer Vereinigung des Tibialis posticus mit dem Extens. dig. commun. Die Sehne des Tibialis post. wurde durch das Spat. inteross. nach vorne geführt. Die Achillessehne wurde durch Z-förmigen Schnitt verlängert. Das funktionelle Resultat war sehr gut. **Stein**-Wiesbaden.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

38) **Wollenberg.** Gelenkweichteile im Röntgenbilde nach Sauerstoffeinblasung.

Arch. f. phys. Med. und med. Technik. II. Bd.

W. schildert zuerst seinen schon mehrfach beschriebenen, ausgezeichneten, durch eine Vorrichtung zur quantitativen Messung des eingeblasenen Sauerstoffes vervollkommneten Apparat sowie in eingehendster Weise die in der Hoffaschen Klinik ausgearbeitete Methode der Einblasung, die eine völlig gefahrlose ist.

Sodann werden an der Hand sorgfältig ausgeführter Pausen die Röntgenbefunde des normalen sowie des pathologisch veränderten Kniegelenkes besprochen und Bilder von Gelenkmaus, Arthritis deformans, primärem, progressivem, chronischem und sekundärem chronischen Gelenkrheumatismus wiedergegeben.

Der letzte Teil der Arbeit beschäftigt sich mit der Diagnose der Meniscusverletzungen. Hierbei kommt W. auf Grund eingehender Versuche und genauer Berücksichtigung der anatomischen Verhältnisse zu dem Schluss, dass der laterale Meniskus normalerweise leichter und weiter nach aussen durch Spannung der Gelenkkapsel herausgezogen werden kann, als der mediale, dass also Bilder, die ein derartiges Verhalten zeigen, nur mit Vorsicht zur Diagnose des dérangement interne benutzt werden dürfen. Ref. hat eigene Erfahrungen nur bezüglich des Meniscus medialis; hier hat in zwei Fällen die Operation die Diagnose der Meniscuszerquetschung bezw. -zerreissung bestätigt.

Rauenbusch-Heidelberg.

Kongressberichte, Vereinsnachrichten etc.

Vom 3. Kongress der italienischen Orthopäden-Gesellschaft 1906.

Beduschi (Mailand). Sopra due casi di deviazione vertebrale di origine nervosa.

Ein Fall betrifft eine junge Frau mit sehr ausgeprägter Wirbelsäulendeviation und deformem Brustkorb. Die Deformität ist auch nicht im geringsten durch den Willen korrigierbar. Bei der elektrischen Untersuchung zeigen sich schwere Alterationen. Neben Verdickung des rechtsseitigen N. medianus, einen Komplex von motorischen, sensiblen und trophischen Symptomen, welche es



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ermöglichen, die Neuritis hypertrophica progressiva der Kindheit zu diagnostizieren.

Der andere Fall, mit ansehnlicher Dorsalskoliose, mit der Konvexität nach links und lumbärer Kompensationskurve hat, obschon er keine Symptome von organischer Erkrankung des Nervensystems zeigt, klonische Bewegungen der Stirn, der Zunge, des Halses, vielfache tonische Zuckungen, alle psychischen Ursprungs, da der Pat. aufs Aergste neuropathisch und psychopathisch erblich belastet ist. Die Wirbelsäulendeviation ist demnach eine sekundäre Erscheinung.

Panzacchi (Bologna). L' edemizzazione e la stasi alla Bier in ortopedia.

Redn. bestätigt die Vorteile, die er durch die Biersche Stauung in den tuberkulösen Formen und in den frischen traumatischen Formen erhalten hat, wo die solvierende Wirkung der Bierschen Stauung eine absolute und rasche ist.

Hinsichtlich der Orthopädie bemerkt Redn. nach einem gelegentlichen Fall, dass Codivilla die permanente Oedemisierung verwendet, welche durch die seröse Durchtränkung der verschiedenen Gewebe eines Teiles einer Extremität die Weichteile, welche ihre Einwirkung erfahren haben und besonders die Kapsel und Gelenkbänder und die Narbengewebe der alten entzündlichen Prozesse nachgiebig und dehnbar macht.

Zur Erreichung dieses Mittels verwendet Codivilla Gipsverbände, die derartig eng sind, dass sie nicht den Blutlauf hindern, aber doch auf den Lymphstrom wirken. 7 bis 10 Tage sind ausreichend.

In den Fällen, wo sie zur Anwendung kam, fand man eine bemerkenswerte Leichtigkeit in der Korrektion von durch einfache artikuläre Verschiebungen zu bewältigenden Deformitäten.

Cuneo (Mailand). Sulla pseudo-artrosi di Hoffa.

Redn. berichtet über die Resultate, die von Prof. Galeazzi mit der blutigen Operation in einigen Fällen von schmerzhafter angeborener Luxation erhalten wurden, indem er die sogenannte Hoffasche Pseudoarthrose anlegte. Doch wurde die Wunde stets methodisch geschlossen; dies ermöglicht in jedem Fall eine frühzeitige Mobilisierung, derart, dass wirklich eine Pseudarthrose und nicht eine Ankylose erhalten wird.

Die Operation ist nur in den einseitigen Fällen indiziert.


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der Wahrheit und Geschichte zu Ehren bemerkt er dann noch, die Operation sei mit geringen Modifikationen zuerst von Rose 1874 vorgenommen und 1884 von Margary unter dem Namen Decapitatio femoris verallgemeinert worden.

Hoffa vervollkommnete die Methode, indem er dem resezierten Femur einen besseren Stützpunkt gab.

Le Fort (Lille). Sanatorium de Saint Pol sur mer et Sanatorium de Zuydioote.

Es werden die ausnahmsweise günstigen Resultate durch den Einfluss dès Seeklimas dargelegt, durch die nach und nach bei der aktiven chirurgischen Tuberkulose der operative Eingriff unnötig geworden ist, während hingegen die orthopädische Chirurgie unternehmender gewesen ist bei den geheilten Tuberkulösen und den Rhachitischen mit abgelaufenem Prozess.

Le Fort (Lille). Traitement de la luxation congénitale de la hanche après échec des procédés classiques.

In einem Fall, in dem Redn. in Anbetracht des Alters zur blutigen Reduktion schritt, verwertete er ein Verfahren, welches in einigen Teilen an die von Hoffa, Margary und König zugleich erinnert. Er frischte nämlich den Kopf des Femur an und höhlte über der Gelenkhöhle eine neue Höhle in dem Darmbein aus, um eine Pseudoarthrose oder genauer eine Neoarthrose zu erhalten; und zwar beiderseits. Höchst befriedigendes Resultat.

Sangiorgi (Bologna). Sugli esiti della cura conservativa nella coxite.

Sangiorgi ist bei der Coxitis Anhänger der konservativen Behandlung, welche erheblich bessere funktionelle Resultate gibt als die operative Behandlung. Die konservative Behandlung muss mit Hülfe der sorgfältigen Immobilisierung des Gelenkes durchgeführt werden.

Le Fort (Lille). Un cas d'osteomalacie infantile d'origine infectieuse.

Es handelt sich um einen Fall, in dem der Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung, einer Infektion und einer allgemeinen Osteomalacie festgestellt werden konnte.

Was die Behandlung anbelangt, so schienen die wiederholt vorgenommenen Chloroformierungen keinerlei hemmende Wirkung auf die Entwicklung der Osteomalacie zu haben.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Jardini (Mailand). Sul morbo di Dupuytren.

Bei einem 80 jährigen Mann, welcher seit vier Jahren an der linken Hand den typischen Dupuytrenschen Symptomenkomplex zeigte, fand Verf. bei der Sektion links von dem Zentralkanal in der Höhe des VIII. Hals- und I. Dorsalwirbels sitzende Läsionen, welche auf Arteriosklerose zurückzuführen waren. Verf. glaubt so, dass die Arteriosklerose imstande ist, die Dupuytrensche Krankheit hervorzurufen, wenn sie sich an dem Rückenmark lokalisiert.

Putti (Bologna). Le scoliosi congenite.

Aus der Untersuchung zahlreicher Skelette skoliotischer Foetus sowie aus einer grossen Zahl von Radiogrammen, die durch die Untersuchung von drei mit angeborener Skoliose behafteten lebenden Individuen erhalten wurden, kommt Redn. zu dem Schluss, dass die angeborene Skoliose durch einen primären Fehler der normalen Verknöcherung des Wirbels, aber vor allem des Körpers desselben entsteht, welcher sich nach dem Redn. im Gegensatz zu der Behauptung Alexanders nicht aus zwei konzentrischen und konsekutiven, sondern symmetrischen und kontemporären Kernen entwickelt.

Salaghi (Florenz). Contributo all'etiologia della Spondilosi rizomelica.

Red. hat einen Pat. von Beginn der Krankheit an verfolgen können. Daraus, dass sich nach einigen Jahren bei diesem an Spondylosis rhizomyelica leidenden Pat. eine Bazillenaffektion in der linken Lunge bemerkbar gemacht hat, schliesst Redn., dass die Vorstellung, welche die Tuberkulose in den meisten Fällen als Ursache der Spondylosis betrachtet, falsch sei, und dass vielmehr die Spondylosis durch die thorakale Rigidität und die dadurch bedingte mangelhafte Funktion der Lungen das Entstehen der Lungentuberkulose begünstigt.

Anzolletti (Mailand). Sull'impiego del tricipite surale nei trapianti tendinei.

Von dem Gedanken ausgehend, dass in vielen Fällen von Pes varus sowie Pes valgus ein starker Anteil der vom Triceps entwickelten Gesamtkraft die abnorme Haltung des Tarsus bedingt, löste Redn. bei zwei Patienten die Insertion des Triceps von der Hinterfläche der Ferse ab, um sie frei auf die eine oder andere Seite des Kalkaneus zu führen, und gibt ihm auf dem einen oder anderen der beiden Vorsprünge einen Ansatz. Die Zugkraft des


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Triceps wird so anders angeordnet, und was häufig eine deformierende Kraft ist, in korrigierende Kraft umgewandelt.

Wo der Triceps fehlt, kann man in dieser neuen Funktion entweder den Peroneus longus oder den Flexor proprius hallucis an seine Stelle treten lassen.

Codivilla (Bologna). Definizione e limiti dell' ortopedia.

Ueber diesen Gegenstand war die Diskussion eine höchst lebhafte, ohne zu einem Schluss zwischen den verschiedenen in der Gesellschaft laut gewordenen Anschauungen zu kommen. Eine Tendenz wurde durch den Referenten vertreten, nach dem die Orthopädie nicht allein die Deformitäten behandeln darf, sondern auch ihre Ursachen, und infolgedessen, alle Alterationen des Bewegungsapparates umfasst. Eine andere möchte das Gebiet der Orthopädie auf die bereits bestehenden Deformitäten begrenzen, seien dieselben nun angeboren oder erworben, und zwar auch bei Organen, die nicht zu dem Bewegungsapparat gehören (Hernien, Hasenscharte usw.).

Die letzte, durch die allgemeinen Chirurgen verfochten, möchte der Orthopädie nur die streng auf den Bewegungsapparat begrenzten Deformitäten überlassen. **Buccheri**-Palermo.

---

40) **Ludloff,** Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur in Breslau 12. Juli 1907.

(Deutsche med. Woch. 1907. Nr. 47, p. 1972.)

stellt eine Phocomelie vor, bei der der rechte Unterarm ganz fehlt, während links die Finger fehlen. Die unteren Extremitäten sind stark verkürzt und haben die Form von Robbenfüssen. Die Mutter soll im dritten bis vierten Monat von der Treppe gefallen sein.

Ewald-Hamburg.

41) **Kohts.** Unterelsässischer Aerzte-Verein in Strassburg 21. Juni 1907.

(Deutsche med. Woch. 1907. Nr. 48, p. 2024.)

Phocomelie und Hydrocephalie.

K. geht namentlich auf die Gestaltung des Schädels bei bestehender Rachitis ein. Auch bei abnormer Vergrösserung könne die Intelligenz sich ausgezeichnet entwickeln.

Madelung hat in der Klinik einen Fall von Geburt an beobachtet. Das jetzt schon 5jährige Kind ist mit den verstümmelten Armen und Händen ganz geschickt, führt einen Löffel zum Mund, macht Flechtarbeiten u. s. w. Es ist notwendig, auf frühe Uebung im Gebrauch solcher Gliedreste zu dringen. **Ewald**-Hamburg.

Generated on 2019-06-08 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

42) **Reyher,** Gesellschaft der Charitéärzte in Berlin 11. Juli 1907.
(Deutsche med. Woch. 1907. Nr. 47, p. 1971.)

demonstriert 2 Fälle von Chondrodystrophie, die die charakteristischen Veränderungen zeigen: Verkürzung der Extremitäten, Verkürzung der Schädelbasis, main à trident, genu valgum et recurvatum. Anatomisch handelte es sich um eine primäre Störung der endochondralen Ossifikation. Die periostale Ossifikation erleidet keine Störung. Differentialdiagnose gegen Myxödem und Rachitis.

Ewald-Hamburg.

43) **E. Looser** (Heidelberg). Ueber Knochenveränderungen bei chronischen Fisteln der grossen Verdauungsdrüsen (m. Demonstr.).

79. Naturforscher-Versammlung Dresden.

L. bestätigt eine Angabe von Pavlov, dass die Hunde mit Gallen- und Pankreasfisteln (nach Pavlov auch mit Darmfisteln) nach längerer Zeit regelmässig an einer Knochenerweichung erkranken. Bei 20 Hunden mit Gallenfisteln, die die Operation länger als 3 Monate überlebten und einem Hunde, der eine Pankreasfistel 1 Jahr lang hatte, fand sich in allen Fällen bei der Sektion eine mehr oder weniger hochgradige Knochenerweichung, die vor allem die Rippen, das Becken und die Lendenwirbelsäule, am wenigsten den Schädel befallen hatte. Die langen Röhrenknochen zeigten eine hochgradige Atrophie. Klinisch waren nur leichte Deformitäten, in einem Falle aber 27 spontane Rippenfrakturen beobachtet worden. Mikroskopisch war nur eine reine Atrophie der Knochen nachzuweisen, die zu einer hochgradigen Auflockerung der spongiösen Knochen geführt hatte. An den langen Röhrenknochen war die Atrophie eine rein excentrische. Die Knochenknorpelgrenzen der Rippen zeigten (auch bei einem noch wachsenden Hunde) keine Abweichungen von der Norm. Die Kallusbildungen zeigten ausgedehnte Verkalkung. Ueber die letzte Ursache dieser Knochenatrophie lassen sich nur Vermutungen aussprechen, Verdauungsstörungen sind auszuschliessen.

Klar-München.

44) **v. Rad,** Aerztl. Verein in Nürnberg 20. VI. 1907.
(Deutsche med. Woch. 1907. Nr. 46, p. 1924.)

stellt einen Fall von Akromegalie vor. 41jährige Frau, seit 2 Jahren krank. Vergrösserung des Kopfes und der Hände; Zähne auseinandergerückt. Beiderseits wulstige Verdickung der Klavikula.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Leichte Exostosen an den Phalangen (Röntgen). Grosse Ausbuchtung der Sella turcica (Röntgen). Ausserdem Augenmuskellähmung und Amaurose. **Ewald**-Hamburg.

45) Partieller Riesenwuchs. Medizinische Gesellschaft in Giessen. 11. VI. 1907.

Deutsche med. Wochenschr. 1907. No. 45. p. 1886.

Flath demonstriert ein acht Wochen altes Kind mit erheblicher Hypertrophie der 3 ersten Zehen des rechten Fusses bei sonst normalem Körperbau. Die Hypertrophie betrifft sowohl die Weichteile als auch das Knochengerüst (Röntgenaufnahme).

Ewald-Hamburg.

46) **Gottstein.** Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur in Breslau 12. Juli 1907.

(Deutsche med. Woch. 1907. Nr. 47, p. 1972.)

G. stellt ein 11jähriges Mädchen mit multiplen Knochencysten vor. Mit 4 Jahren war es plötzlich zusammengeknickt und hatte eine Femurfraktur erlitten. Seitdem waren Arm und Beine vielfach ohne äussere Ursachen gebrochen. Alle Frakturen heilten sehr schnell. Ausserdem entstanden an den Händen und am Schädel sehr starke Verdickungen. Es handelt sich um eine cystische Degeneration des ganzen Knochensystems — Ostitis fibrosa.

Ewald-Hamburg.

47) **Rumpel.** Knochenzysten.

Berliner med. Gesellschaft. 17. Juli 1907.
Nach Münch. med. Wochenschr. 1907. No. 30. Pag. 1507.

a) Bei einem jungen Manne, der seit 2 Jahren an Schmerzen im rechten Fussgelenk litt, entwickelte sich allmählich eine Auftreibung des Talus. Das Röntgenbild ergab eine Knochenzyste. Exstirpation des Talus. Gutes funktionelles Resultat. Mikroskopisch erwies sich die Zyste als aus einem Sarkom hervorgegangen.

b) Bei einer jungen Frau, die vor anderthalb Jahren über Schmerzen im Oberschenkel klagte, ergab das Röntenbild eine Zyste im Femur. Bei der Spaltung entleerte sich reichliche klare Flüssigkeit. Heilung. Mikroskopisch fand sich in der Wand nur Granulationsgewebe. Trotzdem denkt R. an ein erweichtes Enchondrom.

Stoffel-Heidelberg.

48) **Lauenstein.** Aerztlicher Verein in Hamburg 10. Dez. 1907.

L. stellt einen 27jährigen Mann vor, den er wegen multipler Tuberkulose vom 1. Lebensjahre an 21 mal operiert hat. Es lagen



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Knochen-, Gelenk-, Drüsen-, Sehnenscheiden- Schleimbeutel- und Hauttuberkulosen vor und zwar an allen Körperteilen: Schädel, Schultergelenke, Mittelhand, Finger, Ellenbogen, Fusswurzel, Knie, Hodensack u. s. w. Jetzt ist der Mann völlig gesund, verheiratet und durchaus erwerbsfähig. Nur ist der linke Oberarm wegen Zerstörung der oberen Epiphysenlinie des Humerus um 6 cm verkürzt und in seiner Beweglichkeit beschränkt. Ausserdem das rechte Bein wegen Kalkaneuskaries um 3 cm. verkürzt. **Ewald**-Hamburg.

49) **F. König** (Altona). Ueber das spätere Schicksal difform geheilter Frakturen, besonders der Kinder.

Aerztlicher Verein in Hamburg 26. XI. und 10. XII. 1907.

K. gibt inhaltlich das wieder, was er auf der 79. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Dresden (Sept. 1907) berichtet hat. An Röntgenbildern zeigt er, dass bei Kindern Frakturen mit ganz erheblicher Dislokation (Juxtaposition, Reiten der Fragmente aufeinander) durch die Natur zurückgebildet werden. Nachdem eine feste Vereinigung durch Kallusproduktion eingetreten ist, besorgt die Natur von selbst allmählich die Korrektion, einmal durch Resorption der freistehenden Enden, von denen man nach 4 Jahren ca. manchmal überhaupt nichts mehr sieht, ferner durch passende Anordnung von Kortikalis und Mark, so dass schliesslich wieder eine normale Markhöhle durch die ganze Diaphyse läuft, die ihrerseits im Bilde auch nicht die Spur einer Kallusbildung zeigt. Ja, selbst Verkürzungen von 4 cm und mehr werden im wachsenden Organismus z. T. wenigstens ausgeglichen. So können namentlich Oberschenkelfrakturen, die in stärkster Dislokation geheilt sind, wieder mit der Zeit ein völlig normalgestaltetes Femur ergeben, bei Unterschenkelbrüchen kann man in einigen Jahren statt der Bajonettstellung, leichtgebogene und schliesslich gradlinige Knochen konstatieren. — Bewegungshemmungen, die durch schlechtgeheilte Oberarmfrakturen hervorgerufen werden, können nach längerer Zeit von selbst verschwinden. Man hat also bei Kindern trotz starker Dislokation der Fragmente oft einwandsfreie Funktion. Daraus ergibt sich, dass, wenn die anatomische Korrektion nicht völlig ideal ist, doch durch Selbsthülfe der Natur ein gutes Heilungsresultat erreicht werden kann.

Andererseits indizieren ungünstige Dislokationen (z. B. Gelenkbrüche, Verbiegungen des Femur nach aussen und Frakturen von Erwachsenen), die man nicht gehörig reponieren kann, einen blutigen Eingriff.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

In der Diskussion erklärt sich Hänisch auf Grund der Nachuntersuchungen, die er an dem grossen Material des Albers-Schönbergschen Instituts gemacht hat, völlig mit den Königschen Ausführungen einverstanden. Er zeigt das Röntgenbild einer vor 26 Jahren acquirierten und deform geheilten Oberschenkelfraktur, an deren Stelle man jetzt nur noch einen flachen Bogen bemerken kann. Erst beim genauen Verfolgen der Markhöhlen beider Fragmente kommt man zu dem Schluss, dass überhaupt eine Fraktur vorgelegen hat. Es hat sich hier also nicht — wie in den Königschen Fällen — eine gemeinsame Markhöhle gebildet.

Grüneberg (Altona) zeigt verschiedene Röntgenbilder eines Kindes mit stark disloziert geheilter Oberschenkelfraktur, wo später nur ein durchaus gerader Oberschenkel ohne Verdickung zu sehen war.

Deutschländer hebt — im Einklang mit den Behauptungen Königs — hervor, dass es nur ganz wenig Kinder gibt, die infolge einer disloziert geheilten Fraktur Krüppel geworden sind. Aber trotzdem soll man in jedem Fall eine Reposition des Bruchs anstreben, wie er das auch immer bei seiner „funktionellen Behandlung" gefordert hat. Bei Frwachsenen ist diese Reposition sogar ganz unbedingt nötig, da sonst bleibende Schädigungen schwerer Natur die unausbleiblichen Folgen sind. Kommt man unblutig nicht zum Ziel, so soll man, wie das auch König vorschlägt, anstandslos operieren. D. empfiehlt für diese Fälle seine öfter mit Erfolg angewandten verschraubten Aluminiumschienen, die geeignet sind, die reponierten Fragmente auch in der gewollten Stellung zu bewahren.

Einstein hat in seiner Tätigkeit als Begutachter von Unfallverletzten doch auch zahlreiche Frakturen jüngerer Individuen gesehen, die wegen der Dislokation eine hohe Rente beanspruchten. Andererseits wurden auch oft nur wegen der disloziert geheilten Fraktur (Röntgenbild), nicht wegen schlechter Funktion, oft unglaublich hohe Schadenersatzansprüche gestellt, die von den Versicherungsanstalten bezahlt wurden, um Prozesse zu vermeiden.

Lauenstein betont noch einmal die Wichtigkeit der Reposition der Fragmente. Für die „funktionelle Behandlung" Deutschländers kann er sich nicht erwärmen. Er nimmt in ausgedehntem Masse von Anfang der Behandlung an die Röntgenstrahlen zu Hülfe. — Namentlich wichtig sei die Reposition bei der typischen Radius- und Malleolarfraktur.

Auch **Ringel** und **Sudek** (St. Georger Krankenhaus), letzterer namentlich auf Grund seiner zahlreichen demonstrierten Röntgenbilder, können sich den Königschen Ausführungen anschliessen.



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kümmell hält für das wichtigste bei der ganzen Frakturbehandlung die gute Stellung der Fragmente, wie sie am idealsten durch die Bardenheuersche Extensionsbehandlung gewährleistet werde. Sehen Unfallverletzte ihre difform geheilte Fraktur im Röntgenbild, so machen sie auf jeden Fall Ansprüche und finden bei allen Berufsgenossenschaften und manchen Aerzten Glauben mit ihren erdachten Beschwerden.

König bittet in einem Schlusswort, ja nicht missverstanden zu werden, als ob er behaupten wolle, man solle sich bei den Kinderfrakturen nicht um eine exakte Reposition kümmern. Die Selbstheilung durch die Natur ist manchmal ideal, aber durchaus unzuverlässig.

Andererseits hält er die Extensionsbehandlung, die ja bei einigen Frakturen Vorzügliches leiste, für alle Brüche angewandt, wie das Bardenheuer und Grässner wollen, für unangebracht und zuweitgehend. Die einfache Fixationsbehandlung bleibt in vielen Fällen durchaus zu recht bestehen. **Ewald**-Hamburg.

50) **Virnicchi.** Contributo istologico e clinico alla sutura dei nervi.

(XX. Congr. della Società ital. di chirurgia. Roma 27.—30. ott. 1907.)

Im Ganzen hat Redn. 8 Fälle beobachten können: 2 primäre Nähte (N. medianus und radialis) und 6 sekundäre Nähte (je 2 Verletzungen der N. medianus, radialis und cubitalis).

Die primäre Nervennaht bietet die besten Bedingungen für eine Regeneration. Zufriedenstellend sind die Resultate der Neurolyse und nachfolgenden Naht nach der Exzision der Nervennarbe bei Nervenverletzungen, welche seit einer gewissen Zeit datieren.

In den Fällen, in denen ihm die Annäherung der Nervenenden nicht gelungen ist, hat er zu Katgutflechten, zur Ueberpflanzung von Kaninchennerven und in einem Fall zur Pfropfung des Medianus auf den Cubitalis gegriffen. Schliesslich berichtet er über einen besonderen Versuch an Kaninchen zwecks Illustrierung des mehrzelligen Ursprungs der nervösen Elemente. **Buccheri**-Palermo.

51) **Perez** (Rom). Sutura dei nervi.

(XX. Congr. della Soc. ital. di chirurgia. Roma 27.—30. ott. 1907.)

Redn. teilt einen Fall von Nervennaht mit wegen totaler Durchschneidung des Nervus medianus, radialis und partieller Durchschneidung des N. cubitalis, auf die die unmittelbare Wiederherstellung der Funktion folgte. **Buccheri**-Palermo.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:06 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

52) **Czerny.** Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur in Breslau 11. X. 1907.

(Deutsche med. Woch. 1907. Nr. 49.)

Die Tuberkulinreaktion nach Pirquet.

Aus der Tatsache, dass nach Impfung der Haut mit Alttuberkulin bei Erwachsenen immer eine Reaktion (Rötung) auftrat, bei Säuglingen nie, bei Kindern hin und wieder, zog Pirquet den Schluss, dass alle Erwachsenen Tuberkulose in Latenz aufwiesen, dass die Säuglinge tuberkulosefrei seien und dass man diagnostische Schlüsse inbetreff klinisch nicht feststellbarer Knochen- und Lungentuberkulose nach dem Ausfall der Reaktion stellen könne.

Cz. betont, dass ein stringenter Beweis nach den bisherigen Ergebnissen nicht erbracht sei. Er warnt vor einer Uebertragung in die Praxis, die eine unnötige Tuberkulosefurcht zu erzeugen imstande sei.

Ewald-Hamburg.

53) **Lenhartz.** Aerztlicher Verein in Hamburg 12. Nov. 1907.

Bericht über die Calmettesche Ophthalmoreaktion und von Pirquetsche kutane Tuberkulinprobe.

Untersuchung an 111 Personen.

Resultat:

Von 37 sicher Tuberkulösen ergaben 22 beide Reaktionen stets positiv. 15 waren vorher mit Tuberkulininjektionen behandelt worden, bei diesen fiel die Reaktion, je nach der Menge der Injektionen, negativ oder schwach aus.

Von 11 klinisch als tuberkulosefrei betrachteten Personen zeigten 5 positiven Ausfall der Reaktionen, alle waren stark hereditär belastet.

Von 63 auf Tuberkulose verdächtigen (45 Erwachsenen, 18 Kindern) ergaben 23 beide Reaktionen positiv. Von diesen sind 18 hereditär belastet. Bei 40 Erwachsenen war Pirquet negativ (nach Pirquet sollen Erwachsene fast durchweg wegen der ziemlich allgemein erworbenen Tuberkulose reagieren). Bei einigen Kranken hat L. auch noch die Reaktion auf Injektion von Alttuberkulin geprüft, und immer eine Temperatursteigerung beobachtet.

Ewald-Hamburg.

54) **Chiari.** Unterelsässischer Aerzte-Verein in Strassburg, Sitzung am 29. Juni 1907.

(Deutsche med. Woch. 1907. Nr. 48. p. 2023.)

Foetus mit kongenitalem Hautdefekt am Scheitel.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der Foetus war wohlgebildet und gut genährt. 26 cm Scheitel-Fersenlänge. Beide Füsse in hochgradiger Valgokalkaneusstellung, Beine hinaufgeschlagen an den Unterleib. Der Defekt am Scheitel war 1,2 cm gross, Schädelknochen normal. Nach der Meinung Ch.'s handelt es sich um einen Cutisdefekt, der durch eine pathologische Einwirkung des Amnions (Simonartsches Band oder einfache Amnionenge) erzeugt wurde.

Madelung ist derselben Meinung; der Chirurg sehe solche intrauterinen Druckgeschwüre häufig, zum Beispiel beim Klumpfuss.

Schickele macht darauf aufmersam, wie schwer die Unterscheidung dieser Defekte von kriminellen Verletzungen ist.

Freund betont, dass man als Anhaltspunkt die Form des Defektes hätte; die spontanen Druckeffekte sind immer rund.

Ewald-Hamburg.

55) **v. Strümpell.** Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur in Breslau 12. Juli 1907.

(Deutsche med. Woch. 1907. Nr. 47, p. 1972.)

Ankylose der Wirbelsäule.

Die Beine des Patienten, der eine mehrfache starke Erschütterung der Wirbelsäule erlitten hat, sind im Hüftgelenk rechtwinklig ankylosiert; im Röntgenbild vollkommene Verknöcherung der Gelenke. Absolute Steifigkeit der ganzen Wirbelsäule bis zum Kopf. Die Muskulatur ist hypertrophisch. Auch in den Schultergelenken besteht Ankylose. Von Ellenbogen und Kniegelenk abwärts ist alles freibeweglich.

Ewald-Hamburg.

56) **Ludloff.** Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur in Breslau 12. Juli 1907.

(Deutsche med. Woch. 1907. Nr. 47, p. 1972.)

L. zeigt einen Mann, der 1 ½ m in sitzender Haltung aufs Gesäss gefallen war und eine Wirbelsäulenfraktur davongetragen hat. Er konnte nicht mehr sitzen. Es traten Sensibilitätsstörungen und retentio urinae auf. Dann entstand ein Gibbus.

Ewald-Hamburg.

57) **Preiser.** Aerztlicher Verein in Hamburg 12. Nov. 1907.

Demonstriert einen 30jährigen Mann mit einer Kompressionsfraktur des 11. und 12. Brustwirbels, hervorgerufen durch Sturz aus dem Automobil. Leichter Gibbus an der fraglichen Stelle, Bücken und Aufheben von Gegenständen wie bei der Spondylitis,


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schmerzen in den Lenden, Bluterguss in der Glutäalgegend. Nach Röntgen deutliche Kompressionsfraktur.

Behandlung: 4 Monate lang Gipskorsett, jetzt Hessingkorsett, das, um einer Krümmellschen Spondylitis traumatica vorzubeugen, noch lange getragen werden soll. **Ewald**-Hamburg.

58) **Dalla Vedova** (Rom). Asportazione di tumore sottodurale cervico-dorsale.

(XX. Congr. della Soc. ital. di chirurgia. 27.—30. ott. 1907.)

Redn. stellt einen 80 Tage zuvor operierten Patienten vor. Es waren die Symptome der Rückenmarkskompression eher aufgetreten als die Wurzelerscheinungen, weil die Entwicklung fast durchaus median vor sich ging. Die Besserung ist eine recht erhebliche. Der osteoplastischen Resektion zog Redn. die dauernde Entfernung der Wirbelbögen vor. **Buccheri**-Palermo.

59) **Deutschländer**. Aerztlicher Verein in Hamburg 26. XI. 07.

D. stellt ein 17jähriges Mädchen mit halbseitiger Lähmung der rechten oberen und unteren Extremität, Facialisparese und epileptiformen Anfällen vor. Zur Beseitigung der Deformierungen der unteren Extremität wurde Redressement und Sehnenplastik vorgenommen, die Verkürzung des r. Beins wurde durch Kontinuitätsresektion des l. Femur nach Heine beseitigt, so dass der Gang sich bedeutend besserte. Wegen der Anfälle wurde eine Trepanation des Schädels ausgeführt, da D. eine Narbe oder Verwachsung in dem l. Grosshirn vermutete. Der Befund bei der Operation war jedoch völlig negativ, doch hörten nicht nur die Anfälle nach der Operation auf, sondern auch die Facialisparese hat sich völlig zurückgebildet. **Ewald**-Hamburg.

60) **Peiser.** Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur 12. Juli 1907.

(Deutsche med. Woch. 1907. Nr. 47, p. 1972.)

P. stellt einen Patienten mit Sprengelscher Krankheit (Schulterblatthochstand) vor und bespricht dann einen Fall von Verknöcherung des ligamentum ileofemorale. Es bestand Unbeweglichkeit des linken Hüftgelenks. Bei der Operation fand man unter dem Iliacus mächtige Knochensubstanz. Das funktionelle Resultat ist gut, aber es steht neue Knochenbildung zu befürchten.

Ewald-Hamburg.


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

61) **Weiss.** Schnellende Finger. Verein der Aerzte Düsseldorfs. 4. II. 07.

Nach Deutsche med. Wochenschr. 1907. Nr. 27, Pag. 1117.

Der fünfte Finger jeder Hand kann, wenn die Hand zur Faust geschlossen ist, aktiv nicht mehr gestreckt werden. Versucht man es passiv, so schnellen die Finger, sobald ein federnder Widerstand überwunden ist, unter einem schnappenden Geräusch in Streckstellung. An der volaren Seite des ersten Interphalangealgelenkes findet sich beiderseits ein kleines, hartes Knötchen, das anscheinend der Sehne des M. flexor profundus angehört. Bei 80 Prozent der Fälle sind Veränderungen des tendinösen Apparats zu konstatieren.

Stoffel - Heidelberg.

62) **Preiser.** Aerztlicher Verein in Hamburg 10. Dez. 1907.

Demonstration zweier Patienten mit Fingerfrakturen. Die Brüche der Mittel- und Endphalangen lassen sich mit dorsal angelegten Aluminiumschienen zweckmässig behandeln. Bei Frakturen der Grundphalangen beugt man am besten den Finger über einen fest zusammengerollten Wattebausch und fixiert den Finger.

Ewald-Hamburg.

63) **Bernabei** (Siena). L'ossigeno-ipodermo emfisi nella sciatica.

(XVII. Congresso della Soc. ital. di medicina interna. Palermo 21.—24. ott. 1907.)

In Fällen von jeder sonstigen Behandlung trotzender Ischias beobachtete Redn., dass dieselbe unter Sauerstoffhypodermoemphyse wich. Diesen bemerkenswerten Effekt führt er nicht auf eine einfache physikalisch-mechanische Wirkung, sondern auf eine direkte physiologische und biochemische Wirkung auf den neuralgischen Nerven zurück.

Buccheri-Palermo.

64) **Jakobsohn.** Kniegelenksresektion bei Arthritis deformans. Schlesische Gesellschaft in Breslau. 1. II. 07.

Nach Deutsch. med. Wochenschr. 1907. Nr. 28, pag. 1154.

J. stellt zwei Patientinnen vor, die wegen Arthritis deformans fast aller Gelenke (hauptsächlich der Kniegelenke) seit Jahren ans Bett gefesselt waren. Die Resektion der Kniegelenke ermöglichte das Gehen.

Stoffel-Heidelberg.

65) **Preiser.** Aerztlicher Verein in Hamburg 12. Nov. 1907.

Fall von kongenitaler Lues.

Bei einem 8jährigen Mädchen, das früher Rhachitis durch-



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gemacht hatte, trat seit dem letzten Jahre ein doppelseitiges genu valgum auf. Die rechte Patella war nach aussen luxiert. Mutter hat 4 Aborte durchgemacht. Im Röntgenbilde sah man an der Epiphysenlinie des rechten Femur ein apfelgrosses, durch ein Gumma verursachtes Loch. An der Tibia Einschmelzungen. Linkerseits nicht so hochgradige Veränderungen. Klinisch normale Beweglichkeit der Kniegelenke und absolute Schmerzlosigkeit (charakteristisch für kongenitale Lues). Auch die Epiphysenlinien an den unteren Tibiaenden wiesen erhebliche Verbreiterung und unregelmässige Aufhellung auf, wie man sie auch zuweilen bei der Rachitis sieht. Nach fünfmonatiger antiluetischer Kur haben sich die Knochenprozesse zurückgebildet, auch die Genua valga sind etwas besser geworden, so dass die Kniescheibe wieder ihre normale Lage einnimmt. Selbst die grosse Höhle im rechten Femurkondylus hat sich etwas verkleinert. (Röntgenbild). **Ewald**-Hamburg.

66) **Kurt Noesske** (Dresden). Ueber italienische Plastik, ihre Verwendung bei Hautdefekten sowie bei der Behandlung des veralteten Klumpfusses.

79. Versammlung Deutscher Naturf. u. Aerzte, Dresden 1907. Abtlg. 18 (Chirurgie). 18. IX. 07.

N. wünscht durch seinen Vortrag, verbunden mit Demonstration einiger von ihm z. T. schon vor einer Reihe von Jahren operierten Fälle von Stiellappen-Fernplastik (wie er die Tagliacozzi-Graefesche oder italienisch-deutsche Hautfettlappenplastik ohne nationale oder persönliche Namensgebung bezeichnet), Anregung zu geben zu allgemeiner Anwendung dieser erfolgreichsten Hautersatz-Methode, sowie zu weiterem Ausbau ihrer Technik und ihrer Indikation. Die Unfall-Chirurgie sollte in vielen Fällen, wo es sich um ausgedehnte Hautverbrennungen, Hautabwälzungen und sonstige Defekte an den Extremitäten handelt, bes. an Hand und Fuss, auch an einzelnen Fingern (Daumen), konservativer vorgehen, als es in manchen selbst grösseren Kliniken noch geschieht. Die Methode sei die einzige sicher heilende und sicher gelingende in allen Fällen, selbst bei ausgedehntesten Defekten, wo die Hautlappen nach Wolfe-Krause (die zudem kein Fettgewebe enthalten und daher nicht überall genügend widerstandsfähige Haut liefern) wegen der Grösse der zu deckenden Fläche nicht ausreichten. Bezüglich genauerer Schilderung der Technik, Indikation und Casuistik verweist N. auf seine in Vorbereitung befindliche ausführliche Publikation.

Die herumgereichten Serien von Stereogrammen betreffen u. a. einen plastischen Ersatz des durch Ueberfahrung total abgewälzten



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Handtellers eines 9jährigen Knaben aus der Brusthaut, mit voller Erhaltung der Fingerbeugung und -streckung, eine Daumenweichteilplastik bei einem 40jährigen Arbeiter nach kompliziertem Bruch und Weichteilabreissung durch eine Walze, ferner eine ausgedehnte Fersensohlenplastik bei einem 8jährigen Mädchen (Defekt durch Ueberfahrung) von dem Oberschenkel derselben Seite. Also 3 Fälle, die ohne diese Methode Amputationsfälle gewesen wären.

Zum Schluss zeigt N. eine Serie von Bildern eines von ihm vor kurzem operierten Falles von hochgradigem, starrem Klumpfuss eines 10jährigen Knaben. N. hält es für unzweckmässig, sich prinzipiell jeder Operation zu enthalten, da die Geduld der Pat. oft erlahme, besonders aber bei alten, schweren Fällen. Daher sei es besser und führe auch rascher zum guten Resultat, wenn man die Achillotomie ausführe, dazu aber noch den Phelpsschen Querschnitt an Fussinnenfläche und Sohle hinzufüge, ev. auch eine Keilosteotomie aus dem Tarsus oder die Resectio tali. Dass man aber den Phelpsschen Schnitt der Heilung per granulationem überlässt, hält N. für einen Fehler. Zur Verhütung eines Rezidivs, das sehr oft durch Narbenschrumpfung des breit keilförmig klaffenden Schnittes entsteht, hat N. daher diesen Spalt in der Fusssohle und -innenfläche durch einen Hautperiostknochenlappen aus dem oberen Drittel des Unterschenkels des anderen Beines nach der italienischen Methode ausgefüllt, u. z. nach Anfrischung des im Grunde des Fussdefektes blossliegenden Talus oder Naviculare, sodass eine solide Anheilung des Knochenlappens daselbst erfolgte. Durch Einschalten dieses soliden Materials hofft N. am wirksamsten der Rezidivgefahr des Klumpfusses vorzubeugen. Die Methode ist leicht ausführbar: die Zwangslage wurde ohne jede Klage ertragen; Stieltrennung nach 3 Wochen. Die Sohle und Innenfläche wird durch das Verfahren breiter bez. länger, wodurch ihre Neigung zu konkaver Krümmung verringert wird.

Autoreferat.

Tagesnachrichten und Personalien.

Die Professur für orthopädische Chirurgie in Berlin wird, im Gegensatz zu dem Antrag der medizinischen Fakultät, wieder besetzt werden.

Dr. H. von Baeyer, Assistent am chirurgisch-klinischen Institut in München, hat sich habilitiert.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

---

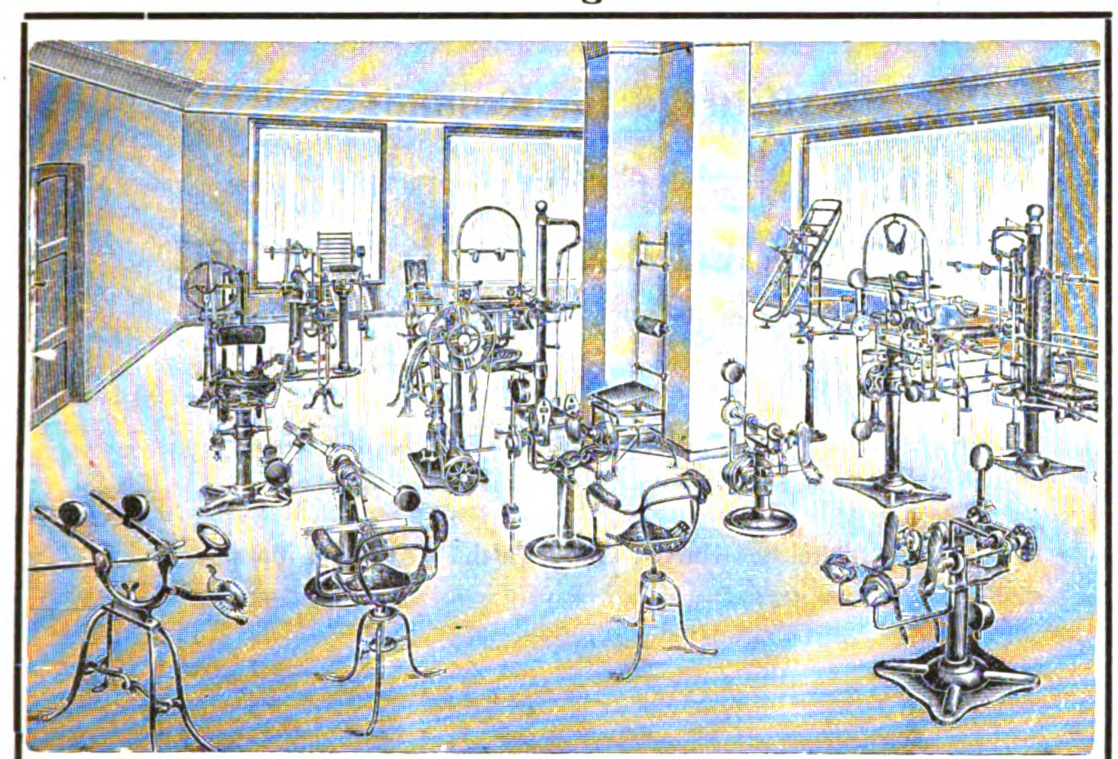
Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.

Generated on 2019-06-08 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Anzeigen.



Sofort zu vermieten

ist der bisher von Herrn Geh. Med.-Rat Prof. **Dr. Hoffa** benutzte, komplett mit Apparaten ausgerüstete

mediko-mechanische Uebungs-Saal

Mietspreis einschliesslich Benutzung der Apparate

5000 Mark p. a.

Apparate f. maschinelle (passive) Gymnastik, Pendelapparate, Widerstandsapparate, Redressions- u. Lagerapparate.

70 Apparate

Elektrischer Kraftantrieb und elektrisch Licht

Zentral - Heizung

PARTERRE - LOKALITÄTEN 15×12 m mit **DOPPELLICHT**

NW., Karlstrasse 31.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

MEDIZINISCHER VERLAG VON S. KARGER IN BERLIN NW. 6.

Soeben ist erschienen:

Beiträge zur Kenntnis

der

Heine-Medinschen Krankheit

(Poliomyelitis acuta und verwandter Erkrankungen).

Von

Dr. Ivar Wickman,

Privatdozenten am Karolinischen Institut zu Stockholm.

Mit zahlreichen Kurven und 2 Tafeln. — Preis 8 Mark.

Von demselben Verfasser ist früher erschienen:

Studien über

Poliomyelitis acuta.

Zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Myelitis acuta.

Mit 8 Tafeln. Preis Mk. 6,—.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 31: Diese hervorragende Arbeit aus dem pathologischen Institut zu Helsingfors wird einen Markstein in der Geschichte der Poliomyelitis anterior acuta bilden. Durch überaus sorgfältige Untersuchung eines selten grossen Materials klärt sie zahlreiche strittige Fragen und erweitert in vielen wichtigen Punkten unsere früheren Kenntnisse. Sie bringt neue bestechende Gesichtspunkte bezüglich der Pathogenese und wirft interessante Streiflichter auf das ganze Gebiet der akuten Myelitis. Den reichen bedeutsamen Inhalt beweist wohl am besten eine Wiederholung der wesentlichen Schlussfolgerungen des Verfassers etc.

Eduard Müller-Breslau.

MEDIZINISCHER VERLAG VON S. KARGER IN BERLIN NW. 6.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. II. **Mai 1908.** **Heft 5.**

Aus der Akademie für praktische Medizin zu Köln (orthop.-chirurg. Abteilung: Dirig. Arzt Dozent Dr. Cramer).

Klumpfuss-Redresseur nach Dr. Cramer-Köln.

Von

Dr. HEINRICH LANDWEHR,
Assistenzarzt.

Das sog. modellierende Redressement des kongenitalen Klumpfusses erfordert nach Hoffa „die Anwendung gleichmässig wirkender, sich langsam steigernder, bei jedesmaliger Applikation dauernd wirkender, unter Umständen bedeutender, dabei aber immer vollständig dosierbarer und regulierbarer Gewalt". Ausser dieser eigentlichen Redression und der Fixation des Erreichten verlangt naturgemäss der Operateur die Kontrolle durch das Auge.

Beim Operieren mit der blossen Hand geht letztere mehr oder weniger verloren; dies und die physische Schwierigkeit in manchen Fällen machen Apparate zur Klumpfuss-Redression erwünscht. Zur Hebung der Inflexion-Adduktion des Fusses haben wir seit langem schon eine Vorrichtung in Gebrauch, die die Prozedur wesentlich erleichtert und gute Erfolge verbürgt. Da wir in letzter Zeit mehrfach Gelegenheit hatten, von ersten orthopädischen Autoritäten günstige Urteile über den Apparat zu hören, so sehen wir uns veranlasst, ihn den Kollegen zu empfehlen. (Fig.)

Im Prinzipe beruht der Apparat auf Verbindung des König'schen Keiles mit einer Druckvorrichtung von Pelotten, welche die korri-



Digitized by Google

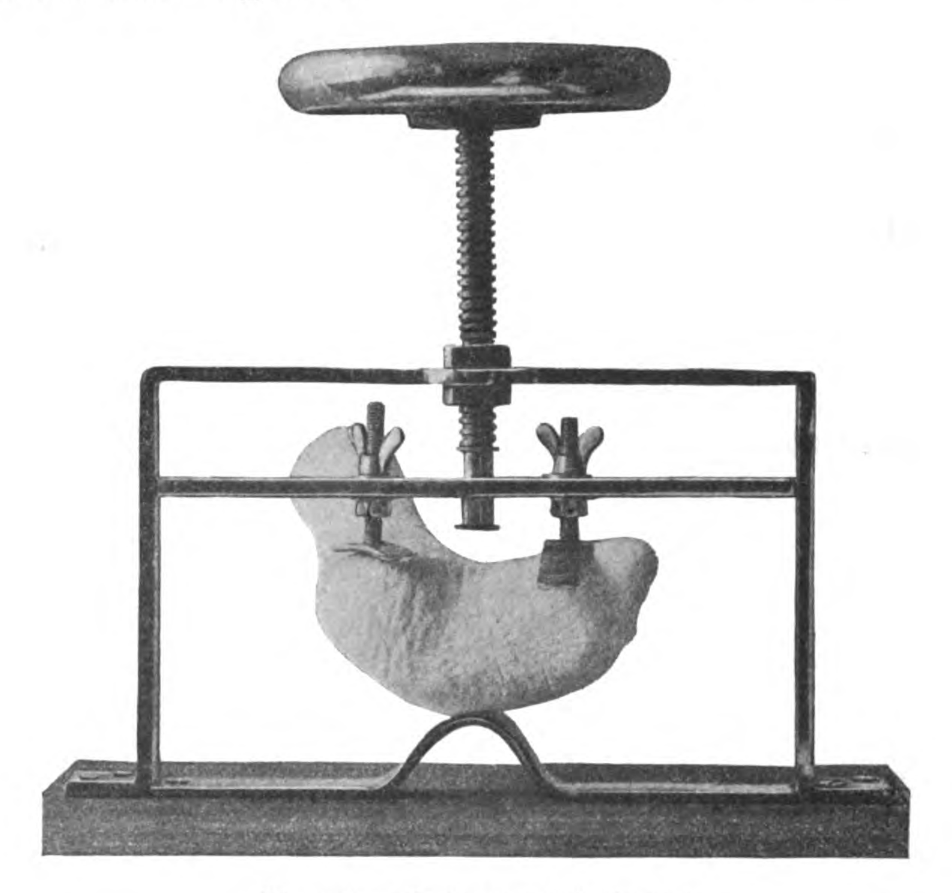
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gierenden Hände ersetzen. Die Redressionsergebnisse können füglich dieselben guten sein, die mit dem genannten alten orthopädischen Instrumente erreicht werden.

Dabei ist der Kraftaufwand durch Uebertragung auf eine Schraube äusserst gering und wirkt durchaus schonend.

In der Abb. ist die Filzpolsterung der Pelotten der Uebersichtlichkeit halber weggelassen.



Klumpfuss - Redressur nach Cramer.

Das augenblickliche Ergebnis der Operation festzuhalten, kostet keinerlei Kraftaufwand und ist vor allem während der ganzen Dauer des Eingriffes kontrollierbar.

Wer die ganze Hebelvorrichtung von dem Stativ lösen und frei dem Fusse applizieren will, übersieht einen der Hauptvorteile, den wir bei andern Instrumenten für die in Rede stehende Operation entbehren.

Selbst bei den einfachsten chirurgischen Manipulationen, z. B. beim Hautschnitt, ist es nicht üblich, mit einer Hand allein vorzugehen oder beide Hände in derselben Kraftrichtung wirken zu lassen. Derartiges findet sich nur in Abbildungen; so auch bei den in Gebrauch befindlichen Redresseuren. (s. Hoffa orthop. Chirurg. Fig. 743 und 746). In



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

praxi wird stets zur Kontrolle der operierenden Hand die andere instinktiv gebraucht und sie so verwandt, wie der Vordergrund dem Auge beim Entfernungschätzen notwendig erscheint.

Bei unserm Redresseur wird der Fuss in toto sorgfältig mit beiden Händen im Apparat fixiert und von dieser Stellung aus mit einer Hand redressiert.

Eine den Unterschenkel oder die Knöchelgegend oder den Korrektionsapparat in richtiger Lage am Fuss haltende Hand (bezw. Hände) ist durchaus überflüssig.

Ein neuer orthopädischer Operationstisch.

Von

Dr. PETER BADE,
Hannover.

Auf dem diesjährigen Orthopäden-Kongress werde ich einen neuen orthopädischen Operationstisch demonstrieren, welcher sich im Laufe meiner praktischen Tätigkeit allmählich entwickelt und jetzt seine endgültige Form angenommen hat.*)

Der Tisch ist entstanden aus dem Heusner-Engelschen Extensionstisch, der seinerseits wieder eine Modifikation des Schede-Eschbaumschen Tisches darstellt. Als wesentliche Veränderungen, die ich an meinem Tische angebracht habe, und die ihm das Gepräge eines neuen Modells verleihen, führe ich folgende an:

1. Der Tisch ist mit einer auswechselbaren Beckenschwebe, die in ihrer Form der Gochtschen ähnelt, versehen, so dass die Beckengipsverbände bei Hüftluxationen besser ausgeführt werden können als auf dem ursprünglichen Schedetisch.

2. Die Zwischenplatten sind verschieblich, niederklappbar und endlich herausnehmbar aus dem Rahmen, während sie beim Heusner-Engelschen Tisch nur verschieblich sind. Dies hat den Vorteil, dass grössere Partien des Tisches ganz ausgeschaltet werden können, wenn z. B. ein Rumpfgipsverband in Reklinationslage angelegt werden soll. Das Herunterfallen des Rumpfes wird dann verhütet durch

3. die Contra-Extensionsvorrichtung nach dem Kopf, welche gestattet, einen Gurt vom Bügel der Beckenschwebe her in Spannung zu erhalten. Diese Contra-Extensionsvorrichtung am Kopf ist um eine horizontale Achse drehbar eingerichtet, so dass die Extension von ver-

*) Anm.: Die Herstellung hat die Firma Heinrich Ernst, Hannover, Theaterstrasse 13 übernommen.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schiedenen Punkten aus ausgeführt werden kann, was besonders wichtig ist bei Herstellung von Rumpf, Kopf und Beckengipsverbänden.

4. Besitzt der Tisch Contra-Extensionen nach unten; zwei Wellen welche mit Zapfen versehen sind, ermöglichen diese. Diese Contra-Extensionen finden besonders Anwendung bei Redressements, namentlich des Kniegelenks, um die Subluxationsstellung des Oberschenkels zu beseitigen, bei Redressements von Klumpfüssen und Plattfüssen, um den Unterschenkel exakt zu fixieren, bei Redressements von Skoliosen um einen Detorsionszug auszuüben. Um alle diese Züge in der richtigen Weise wirken lassen zu können, ist

5. der Tisch versehen auf sämtlichen Tischplatten mit Schlitzen, durch welche die verschiedenen Züge hindurchgeleitet werden können.

6. Endlich sind die beiden vorderen Tischplatten mit herunter klappbaren Griffen versehen und haben ein so konstruiertes Charniergelenk, dass sie sich zu ihren Nachbarplatten nicht nur bis auf 90 Grad nähern können wie beim ursprünglichen Heusner-Engelschen Extensionstisch, sondern dass sie vollständig aufgeklappt werden können. Durch diese beiden Vorrichtungen ist es möglich, die praktischen Schulze-(Duisburg)schen Manöver beim Klumpfuss-Redressement auch auf diesem Tische auszuführen.

Mauclaire. Maladies des Os. Nouveau Traité de Chirurgie V. Paris 1908, J. B. Baillières et Fils. Avec 161 Figures. Preis 6 Fr.

Auf etwas über 300 Seiten wird die Pathologie des Skeletts besprochen und zwar zunächst die infektiösen Erkrankungen: Perichondritis, Chondritis, Periostitis, akute und chronische Osteomyelitis, Tuberkulose, Syphilis. Das folgende Kapitel behandelt die parasitären und chemischen (Phosphor-) Erkrankungen. Daran schliessen sich an die trophoneurotischen Affektionen: Achondroplasie, Rachitismus, Osteomalacie, Osteopsathyrosis, Ostitis deformans etc. Der letzte Abschnitt endlich beschäftigt sich mit den Geschwülsten der Knochen.

Durchweg ist auch die pathologische Anatomie sorgfältig bearbeitet und reichlich illustriert.

Unter den Abbildungen befinden sich viele Originale, ihre Reproduktion ist nicht besonders gut. **Vulpius**-Heidelberg.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

L. Ombrédanne. Muscles, Aponévroses, Tendons, Tissus péritendineux, Bourses séreuses.

Paris 1907, J. B. Baillières. Avec 45 Figures. Preis 4 Fr.

Die 12 Druckbogen starke Monographie ist zugleich Heft 9 des Werkes „Nouveau traité de chirurgie“, das von Le Dentu und Delbet in 2. Auflage erscheint.

Die Verletzungen und zu chirurgischer Behandlung sich eignenden Erkrankungen der Muskeln, Sehnen nebst Scheiden und Schleimbeutel werden in einer für den praktischen Arzt bestimmten und namentlich die Therapie berücksichtigenden Darstellung besprochen.

Die Ausstattung ist eine sehr gute. **Vulpius**-Heidelberg.

Anzillotti (Pisa). Sul processo di riparazione delle perdite di sostanza nelle cartilagini e pericondrio.

Pisa 1907.

Verf. hat sich vorgenommen, durch zahlreiche Versuche das Problem der Verheilungsweise der Wunden im Knorpel zu lösen. Die Schlüsse, zu denen er kommt, sind folgende:

Bei den verschiedenen traumatischen Läsionen des Knorpels erfolgt die Verheilung stets durch eine Knorpelneubildung, die sowohl vom Perichondrium als vom präexistierenden Knorpel ausgeht, welcher mehr oder weniger aktiv proliferiert. Die chondrogenetischen Eigenschaften des Perichondriums sind klar bewiesen, sowohl durch die Versuche über die Modifikationen des Knorpels nach Exstirpation von Perichondrium als durch die subperichondralen Resektionen.

Die geringe Resistenz des Knorpels auch gegen kleine Verletzungen, seine Neigung zur Nekrose und die Langsamkeit in der Verheilung erscheinen festgestellt. **Buccheri**-Palermo.

Sixth Annual Report of the New York State Hospital for the Cure of Crippled and Deformed Children.

For the year ending. 30. September 1906.

Dem Jahresbericht entnehmen wir, dass im ganzen Jahr 69 Patienten in dem Krüppelheim behandelt wurden, von diesen starb 1 (tuberkulöse Meningitis), 7 wurden vollkommen geheilt, 11 gebessert und 2 unheilbar entlassen. Es litten zirka 60 Prozent der gesamten Kranken an tuberkulöser Gelenkerkrankung. Von den 48 Patienten, die in der Anstalt verblieben, verteilten sich die Krankheiten in folgender Weise: 14 Hüftgelenkserkrankungen, 10 Spondylitis, 4 kongenitaler Klumpfuss, 5 Klumpfuss nach Kinder-


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lähmung, 1 Klumpfuss durch Verbrennungsnarbe, 3 kongenitale Hüftgelenks-Luxationen, 5 Tumor albus des Knies, 3 Beinverkrümmungen, 1 Lähmung infolge Rückenmarksverletzung, 1 Kinderlähmung und 1 Oberschenkelosteomyelitis.

Die Hauptzahl der Kranken waren also mit tuberkulösen Erkrankungen behaftet. Als Haupttherapie wird frische Luft und Sonnenlicht neben allgemeiner guter Ernährung durchgeführt. Wenn es das Wetter irgend zulässt, werden die Kranken ins Freie gebracht, die bettlägerigen in Hängematten und Feldbetten, die übrigen spielen umher. Bei starkem Wind werden die Kinder in einen Glaspavillon gelegt, der den Wind abhält, die Sonne aber stets zulässt. Auch in den Schlafsälen und Unterrichtsräumen ist für die ausgiebigste Ventilation gesorgt. Die ganze Nacht bleiben die Fenster offen. Die Temperatur wird möglichst in allen Räumen auf 60° Fahrenheit gleichmässig gehalten. Die Rekonvaleszenten erhalten in dem hellen, luftigen, mit angepassten Schulbänken versehenen Schulraum Unterricht. Die Mädchen werden nebenbei noch in Handarbeit, die Knaben in Rohrstuhlfabrikation unterrichtet.

Ueber die sonstige ärztliche Behandlung der Erkrankungen entnehmen wir dem Jahresbericht, dass bei Klumpfüssen achtmal die manuelle Redression, bei kongenitalen Hüftgelenksluxationen zweimal die Lorenzsche Reposition, bei Kinderlähmung zweimal die Achillotomie, und bei Beinverkrümmung einmal die Osteotomie ausgeführt wurde. Die nichtoperative Behandlung geht aus dem Jahresbericht nicht deutlich hervor.

Die beigegebenen Bilder geben eine gute Uebersicht dieser, zum grössten Teil nur aus Privatmitteln unterhaltenen Anstalt. Die Resultate sind nach dem Bericht sehr gute. **Meyer**-Heidelberg.

Sangiorgi. Rendiconto statistico del 2. quinquennio dell' Istituto Ortopedico Rizzoli.

Bologna, Stab. poligrafico Emiliano 1907.

In dem Quinquennium 1902—1906 kamen zur Behandlung in den Krankensälen 1847 Kranke, in der kinesitherapeutischen Abteilung 213, im Ambulatorium 4825. Der Durchschnittsaufenthalt im Institut betrug 68 Tage pro Patienten. Im Ganzen wurden 1401 Operationsakte vorgenommen.

Todesfälle waren 21 zu verzeichnen, von denen 10 an Tuberkulose der Wirbelsäule, der Hüfte, des Knies, des Fusses leidende Patienten betrafen. Diese starben an tuberkulöser Meningitis oder an Miliartuberkulose. Vier Fälle starben an Lungenentzündung.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zwei derselben waren operativ behandelt worden und befanden sich schon auf dem Weg der Heilung; bei zwei war keinerlei Operation gemacht worden. Drei Fälle erlagen postoperativem Shok infolge schwerer Eingriffe (eine Exarticulatio interilio-abdominalis, eine doppelseitige Hemicraniectomie usw.) Ein Fall an Embolie, während der Kranke, dem ein Bein amputiert worden war, schon vollständig genesen war; einer durch Selbstmord.

Gipsverbände wurden 3287 angelegt und 659 orthopädische Apparate.

In Fällen von angeborenen und paralytischen Klumpfüssen, Plattfüssen usw., wurden 714 orthopädische Schuhe angelegt.

Die in den Krankensälen behandelten Krankheiten verteilen sich wie folgt:

Angeborene Deformitäten 323 Fälle, und zwar: Torticolis congen. 11, Spina bifida 8, angeb. Hüftgelenksluxation 202, (Luxierte Gelenke 270), angeb. Luxation der Kniescheibe 8, angeb. Deformitäten der Unterschenkelknochen 6, Deformitäten der unteren Extremitäten 5, Klumpfüsse 83, (deforme Füsse 134), Varia 3.

Traumatische Läsionen (Gelenkdeformitäten und Rigiditäten) 304 Fälle, und zwar: Kopf 4, Wirbelsäule 21, Schulter 29, Ellenbogen 29, Vorderarm 11, Hand und Finger 48, Hüfte und Oberschenkel 43, Knie 15, Unterschenkel 14, Fuss 50.

Gelenkdeformitäten und Rigiditäten infolge nicht tuberkulöser Arthritiden 118 Fälle, davon mit multiplen Lokalisationen 38 Fälle, nur mit einer Lokalisation: Wirbelsäule 24, Schulter 8, Ellenbogen 3, Hand 2, Hüfte 24, Knie 15, Fuss 4.

Deformitäten, Kontrakturen infolge akuter pyogener Entzündungen 33 Fälle, davon obere Extremität 12 Fälle, untere Extremität 21 Fälle.

Deformitäten infolge von Narben 25 Fälle.

Tuberkulose der Knochen, Gelenke und der Sehnenscheiden 426 Fälle, davon Wirbelsäule 185, obere Extremität 10, Hüfte 146, Knie 65, Fuss 17, sonstige Lokalisationen 3.

Krankheiten des Nervensystems 273 Fälle, davon traumatische Läsionen der Nerven und daraus sich ergebende Deformitäten 11, Ausgänge von Poliomyelitis infantilis 128, spastische Lähmungen 43, Ischias 16, Varia 75.

Rachitische Deformitäten 111 Fälle, Skoliose 122 Fälle, Coxa vara 9 Fälle, Genua valga adolescentium 12 Fälle, Plattfüsse 70 Fälle.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verschiedenartige Fälle 75, davon Hammerfinger 4, Hernien 4, verschiedene Tumoren 13, Muskelangiome und verschiedenartige Degenerationen an den unteren Extremitäten 6, Varia 18.

Buccheri-Palermo.

1) A. Lorenz. Ueber die orthopädische Chirurgie als Spezialität.

Vortrag in der Eröffnungssitzung der Gesellschaft für physikalische Therapie am 27. November 1907.

Wiener med. Wochenschrift 1 und 2.

In seiner bekannten glänzenden Diktion hält der Verfasser in der guten Absicht, der Sonderstellung unseres Faches das Wort zu reden, eine scharf pointierte Rede gegen die allgemeine Chirurgie, die er als eine Rabenmutter unseres Faches hinstellt. Da der Referent in vielen Punkten mit dem Autor nicht übereinstimmt, besonders aber ihm die Umgrenzung einerseits zu weit, anderseits wieder zu einseitig erscheint, will er sich bemühen, Lorenz' Ausführungen möglichst objektiv darzustellen und das Urteil über den Richtigkeitsgrad und die Zeitgemässheit derselben den Lesern überlassen.

Die orthopädische Chirurgie ist die jüngste der zahlreichen Töchter der allgemeinen Chirurgie, auch sie wird von der Mutter mit argwöhnischem Auge beobachtet, wie gegen die andern Kinder sucht sie auch gegen diese ihren Besitzstand ängstlich zu wahren.

Durch die bis ins kleinste gehende Ausgestaltung des Instrumentariums, durch virtuose Handhabung einer schwierigen Technik sichern sich die Spezialfächer ihren Besitzstand, den sie durch ihre grossen Erfolge befestigen.

Die Technik der orthopädischen Chirurgie ist nicht so schwer zu erlernen wie z. B. die Spiegeltechnik anderer Zweigwissenschaften, auch sonst sind ihre Gebietsgrenzen schwerer genau zu umschreiben, doch arbeitet auch sie vorzüglich mit anderen Mitteln als die grosse Chirurgie, das Messer und die schneidenden blutigen Instrumente sind bis zu einem schmalen Meissel und einem noch schmäleren Tenotom zusammengeschrumpft, die übrigen chirurgischen Instrumente lehnt Lorenz nahezu ab.

Das wichtigste Instrument ist die unbewaffnete Hand, mit dieser würden die Grosstaten der Orthopädie — Klumpfuss, Hüftverrenkung, Plattfuss, Streckungen, Verbandtechniken — vollbracht, und Probleme gelöst, die die Chirurgie früher teils unrichtig angegangen, teils brach liegen gelassen hat.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die komplizierte Behandlung mit fixen und portativen Apparaten, die oft minutiöse Verbandtechnik wird immer eines eingehenden, Vorliebe und Geduld erfordernden Spezialstudiums bedürfen. Die Skoliose wurde durch die Orthopädie in ihrer pathologischen Anatomie klargelegt und ihre Heilbarkeitsgrenzen erkannt und bestimmt.

Auch die Behandlung der Frakturen und Luxationen spricht Lorenz der Orthopädie zu, da jener Zweig der Medizin, der angeborene und veraltete Luxationen, der die difform geheilten Frakturen wie die bei Deformitäten oft künstlich gesetzten heilen kann, auch zur Behandlung der accidentellen berufen ist. In der Unfallchirurgie begegnen sich ohnehin jetzt schon beide Disziplinen.

Zur Orthopädie würde dann die ganze Chirurgie des Bewegungsapparates gehören, allerdings fast nur in ihren unblutigen Manipulationen.

So wird die Abspaltung vom Mutterkörper immer weitergehen, jede Tochterwissenschaft wird vordringen, die Geschwulsttherapie wird der Serumtherapeut erobern, ebenso wie die Chirurgie der Infekte, und endlich kommt die Zeit, „in der sich, wenn auch widerstrebend und höchst unfreiwillig, die Chirurgia universalis wie ein Phönix für ihre Jungen wird opfern müssen“, und alle dankbaren Kinder einigen sich in dem Rufe: „die Chirurgie ist tot, es leben die Chirurgien“.

Spitzy-Graz.

2) **Ch. F. Painter u. M. H. Rogers** (Boston). Neoplasms and their relations to orthopedic surgery.

The americ. journ. of orthop. surg. 1907. Nr. 2 p. 129.

Verfasser betonen die Notwendigkeit für den Orthopäden, mit der Chirurgie in Fühlung zu bleiben. Da chronische Gelenkerkrankungen immermehr der Behandlung des Orthopäden zufallen, so muss er mehr mit den Knochenneoplasmen, namentlich den malignen, genau Bescheid wissen, um so mehr als die Frühdiagnose von weittragender Bedeutung sein kann. Die angeführten Krankengeschichten geben ein Bild von der Mannigfaltigkeit der Tumoren, die in den Gelenken vorkommen. Verfasser haben behandelt:

1. 1 Angioma genu (22 J.) Exstirpation, Heilung,

2. multiple Myelome an der Halswirbelsäule (45 J.) Extension und Halskravatte. Doch bleiben Rückenmarkssymptome bestehen,

3. multiple Myelome an der Halswirbelsäule, später an der rechten Scapula- und Lumbalwirbelsäule. Störungen von Seiten des Rückenmarks. Die ersten Tumoren werden exzidiert, Pat. stirbt aber 1 Jahr, nachdem die Diagnose sicher gestellt ist,



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

4. Chondrom am äusseren Tibiakondylus, zunächst Auskratzung, dann Rezidiv, weshalb Amputation,

5. und 6. Osteom am Femurkondylus, Exstirpation, Heilung.

7. Knochenzysten in der Tibia nach Typhus, festgestellt durch Röntgenstrahlen. Ausräumung von 3 Zysten — Heilung,

8. Lipom im Kniegelenk. Wenig Beschwerden,

9. Riesenzellensarkom am Femur (20 J.). Amputation,

10. Sarkome am Femur, Exstirpation, Heilung mit guter Beweglichkeit,

11. Carcinom der Wirbelsäule. Tod,

12. Epitheliom der Tibia (58 J.) Amputation,

13. Osteosarkom des Ileum (31 J.), festgestellt durch Probeinzision. Tod,

14. Carcinommetastase des Ileum vom Uterus aus. Tod.

15. Sarkom des Femur, Amputation. Tod an Paget'scher Krankheit,

16. Sarkom des Ileum (65 J.). Tod.

17. Sarkom der rechten Patella (19 J.), Exzision. Resultat?

18. Interartikuläres Sarkom des Femur.

Bei der Operation wurde ein Tumor des inneren Femurkondylus dicht unter der Synovialmembran gefunden. Exzision — gute Beweglichkeit.

Ewald-Hamburg.

3) **Macewen.** A case of achondroplasia.

The Brit. med. Journ. 7. Dezember 1907. S. 1646.

Es handelt sich um eine 16jähr. Patientin von 3 ft. 6 Zoll Grösse und deutlich im Wachstum zurückgebliebener und plumper Gestalt. Der Kopf ist gross und dem Alter entsprechend gebildet. Die Humeri sind stark gekrümmt, ebenso die Femora und Tibiae. Die Knochenenden sind bedeutend verdickt. Ausgesprochene Lordose des unteren Teils der Wirbelsäule. Die Haut ist weich. Starkes Fettpolster. Patientin schwitzt viel am Kopf und fühlte sich stets schwach. Die Intelligenz ist gut entwickelt. Die Deformitäten zeigten sich beim Beginn des Laufens. — Da Verf. die Patientin erst mit 16 Jahren in Behandlung bekam und die Anamnese keinen sicheren Aufschluss gibt, so glaubt Verf. doch, dass es sich um eine Folge von Rachitis handelt. Es wäre auch eine fötale Rachitis mit einer chondralen Dysplasie in Betracht zu ziehen.

Meyer-Heidelberg.

Generated on 2019-06-08 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

4) **J. Chanal.** De la croissance au cours et dans la convalescence des maladies aiguës fébriles de jeune âge.
Thèse de Paris 1907.

Im Laufe gewisser, akut fieberhafter Krankheiten kommt es vor, dass man ein ungewöhnlich starkes Wachstum der Knochen beobachtet. Hauptsächlich sind derartige Beobachtungen im Laufe oder während der Rekonvaleszenz des Abdominaltyphus gemacht worden. Die gemachten Untersuchungen haben gezeigt, dass der Eberthsche Bazillus eine besondere Vorliebe für das Knochenmark hat, dass er durch diese Lokalisation, sei es direkt, oder durch seine Toxine, eine Reizung und konsekutive Hyperämie der diaphyso-epiphysären Wachstumszone hervorruft, welche sich in einer übermässigen Längenzunahme des betreffenden Knochens kundgibt.

Symptomatisch bedingt der betreffende Prozess starke Schmerzen in der Epiphysengegend mit Ausstrahlungen in die benachbarten Gelenke. Oft bilden sich Streifen, welche ihren Sitz im Unterhautzellgewebe haben und darauf zurückzuführen sind, dass die Haut dem raschen Wachstume der Knochen nicht in gleichem Masse Schritt hält und in übermässiger Weise Zerrungen ausgesetzt ist.

Die Prognose des Zustandes kann als eine gute bezeichnet werden, doch darf nicht vergessen werden, dass Traumen, allgemeine Schwäche, Ueberanstrengungen etc., die bis dahin leichte Infektion des Knochens in eine schwere verwandeln und zu schweren osteomyelitischen Veränderungen führen können. **E. Toff**-Braila.

5) **A. Hardiviller.** La symptomatologie des ostéites apophysaires de la croissance.
Thèse de Paris. 1907.

Eine wichtige und wenig gekannte Krankheit ist die Osteitis der Apophysen, welche während des Wachstums und namentlich wenn in den knorpeligen Knochen die ersten Ossifikationspunkte erscheinen, auftritt. Am häufigsten kommt diese Erkrankung in der Tibia vor und bildet die sogenannte Apophysitis der Tibia, welche als das Prototyp der in Rede stehenden Erkrankung angesehen werden kann. Meist tritt dieselbe in der zweiten Kindheit oder auch später im Jünglingsalter auf und tritt mit starken Schmerzen in einem oder in beiden Knieen in Erscheinung. In liegender Stellung lassen die Schmerzen nach, was auf eine Entlastung der Quadrizepssehne zurückzuführen ist. Bei der Lokaluntersuchung findet man eine genau umschriebene und sehr heftige Schmerzhaftigkeit über der



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tuberositas anterior tibiae, entsprechend einer Verdickung dieser Gegend. Die Haut darüber ist etwas rot und es besteht eine leichte Hyperthermie dieser Gegend. Das Allgemeinbefinden ist ein ziemlich gutes, es besteht kein oder nur ein leichtes Fieber. Geht die Entzündung in Eiterung über, so tritt hohes Fieber und Erbrechen auf, die Haut rötet sich stark und der Abszess öffnet sich, falls man nicht eingreift, von selbst nach aussen oder führt durch Fortpflanzung zur Entwicklung einer akuten Osteomyelitis.

Eine andere Form dieser Krankheit ist die Apophysitis des Kalkaneus, welche meist zwischen dem 12. und 13. Lebensjahre auftritt und ebenfalls durch Schwellung und starke Schmerzhaftigkeit, hauptsächlich an der Insertionsstelle der Achillessehne, ausgezeichnet ist. Das Gehen ist schmerzhaft und die betreffenden Patienten hinken stark, hingegen verschwinden die Schmerzen während des Liegens fast vollständig. Es sind noch Fälle von Apophysitis der Wirbel mit Lokalisierung in den Dornfortsätzen, von solchen in den Trochantern und einer im Tuberkulum des Skaphoideum beobachtet und beschrieben worden.

In differentialdiagnostischer Beziehung ist es wichtig, die Osteitis der Wirbel und des Trochanters nicht mit Pottscher Krankheit, resp. tuberkulöser Koxitis zu verwechseln Bei Apophysitis ist der Dornfortsatz geschwollen, während er bei tuberkulöser Kyphose nur vorspringend ist, sonst aber seine normalen Dimensionen bewahrt hat. Seitlicher Druck ist bei Pottscher Krankheit schmerzhaft, was bei Entzündung der Apophyse nicht der Fall ist, wo nur der direkte Druck auf die erkrankte Stelle schmerzhaft empfunden wird. Schliesslich ist die Wirbelsäule bei Kyphose verkürzt, was bei Apophysitis nicht der Fall ist.

Bei Osteitis des Trochanters ist Druck oder Schlag auf den Absatz unfühlbar, während derselbe bei Koxitis heftige Schmerzen auslöst. Die Bewegungen des Hüftgelenkes sind bei Koxitis aufgehoben, während dieselben bei Apophysitis frei ausgeführt werden können. Auch die Kontraktur der Extremität ist bei tuberkulöser Koxitis eine viel stärkere.

Bei Neuralgie des Ischiadikus, welche ebenfalls zu Verwechslungen Veranlassung geben kann, sitzt der Schmerz mehr nach rückwärts, pflanzt sich nach unten fort und strahlt auch nach den Seiten aus, entsprechend den Verzweigungen des Nerven.

In therapeutischer Hinsicht ist vor allem Ruhe und horizontale Lage durch 1—3 Wochen, je nach Bedarf anzuempfehlen. Lauwarme Bäder von 15—20 Minuten Dauer wirken antiphlogistisch



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und sedativ, event. kann denselben auch Meersalz hinzugefügt werden. Oberflächliche Stichelungen mit dem Paquelin und Einpinselungen mit Jodtinktur wären lokal anzuwenden. Gleichzeitig trachte man die Kräfte durch eine reichliche Nahrung, Verabreichung von Leberthran und glyzerin-phosphorsaurem Kalk nach Möglichkeit zu heben.

Falls der Prozess in Eiterung ausgeht, so muss rechtzeitig der Herd eröffnet und mit dem scharfen Löffel ausgekratzt werden, worauf man eine Drainierung anlegt. **E. Toff**-Braila.

6) **G. Joachimsthal** (Berlin). Eine ungewöhnliche Form von Knochenerweichung.

Berliner klin. Wochenschr. 1907. Nr. 44, pag. 1405.

Bei einem 17 jährigen Patienten, bei dem sich im 12. Lebensjahre Knochenschmerzen und Neigung der unteren Extremitäten zu Verbiegungen eingestellt hatten, war es zu so starken Veränderungen des Skeletts gekommen, dass er ständig ans Bett gefesselt war Die unteren Extremitäten waren hochgradig verbogen (Genu valgum und Metatarsus varus), die Epiphysen aufgetrieben. Es bestand ausgeprägte Weichheit und Druckempfindlichkeit der Knochen. Die Röntgenbilder der Hand zeigten an den Epiphysen der Vorderarmknochen die für Rachitis charakteristischen Erscheinungen (breite Epiphysenfuge etc.).

Die Knochen der unteren Extremität waren auf dem Röntgenbild von mehreren Fissuren durchsetzt, die die Dicke der Diaphyse zum Teil ganz, zum Teil nur halb betrafen (Spontanfrakturen).

J. spricht das Krankheitsbild als eine ungewöhnliche, mit starker Behinderung des Wachstums einhergehende Form von Rachitis an.

Die Phosphorbehandlung (kleine Dosen Phosphor) brachte ein ausgezeichnetes Resultat. Der Junge kann sich jetzt mit Hilfe von Stöcken fortbewegen. **Stoffel**-Heidelberg.

7) **Tarquini** (Bolsena). Circa un caso di osteomielite degli adolescenti.

Il Policlinico 1907, fasc. 49.

Auf Grund der Krankengeschichte seines Falles glaubt Verf., dass die Krankheitserreger konstant ihren Sitz im Darm haben, von wo sie dann in die Zirkulation gelangen. Ausserdem ist der Fall von Wichtigkeit durch die sehr rasch (in weniger als zwei Monaten) erfolgte Knochenregeneration sowie schliesslich durch das vollkommene Funktionsvermögen des Gliedes. **Buccheri**-Palermo.



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

8) **Morpurgo** (Genua). Sull' osteomalacia e sulla rachitide.
Archivio per le Scienze mediche XXXI.

Die Arbeit bildet eine höchst interessante Monographie, deren Wesentliches in folgenden Schlusssätzen zusammengefasst ist: Die experimentellen Studien über die Osteomalacie und die Rachitis zeigen die Möglichkeit, durch eine besondere Infektion die Krankheitsbilder der Osteomalacie in ihren verschiedenen Formen und der Rachitis hervorzurufen, sowie die Gleichwertigkeit der beiden Prozesse nach dem ätiologischen Gesichtspunkt hin bei den infektiösen Formen.

Er hat keine Beweisgründe, um auszuschliessen, dass ausser der Infektion andere Schädlichkeiten imstande sind, sie hervorzurufen.

Die Gleichwertigkeit findet sich auch in der Pathogenese, insofern die eine wie die andere von einer Störung des Stoffwechsels des Kalkes (und wahrscheinlich auch des Eisens) ausgeht unter der Herrschaft von Alterationen der Osteoblasten resp. der Knorpelprotoblasten.

Buccheri-Palermo.

9) **La Manna** (Neapel). Contributo clinico all' etiologia della rachitide. Il dolore osseo nei rachitici.
Gli incurabili. fasc. 9 sett. 1907.

Verf. berichtet über 84 Fälle mit Betrachtungen, aus denen er schliesst, dass die Rachitis auf der Wirkung eines Mikroorganismus und der löslichen Produkte desselben auf die Knochen und trophischen Zentren beruht.

Die Eingangspforte oder der Anfangsherd der Infektion oder Intoxikation findet sich ohne Zweifel im Magendarmkanal. In der Diaphyse der Röhrenknochen einiger rachitischer Kinder bestehen Schmerzen von entzündlichem Typus, deren Entstehungsursache noch unbekannt ist.

Buccheri-Palermo.

10) **M. I. Scherbanescu.** Einige praktische Bemerkungen über die Behandlung der Frakturen langer Knochen.
Revista de chirurgie, November 1907.

Die Behandlung der Knochenbrüche hat mannigfache Wandlungen durchgemacht, von der absoluten, lange andauernden Immobilisierung bis zur ambulatorischen Behandlung mittels Massage etc. Wie so oft liegt auch hier der gute Weg in der Mitte und man muss sich vor Uebertreibungen des einen oder anderen Systemes hüten. In praktischer Beziehung soll eine Reposition der gebrochenen Teile erst dann vorgenommen werden, wenn Schwellung und Schmerzhaftigkeit verschwunden. Es ist dies unter geeigneten



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

feuchten Umschlägen nach 6—8 Tagen der Fall, je nach der Dicke der betreffenden Knochen und der stattgehabten Verletzung. Die Einrichtung des Bruches geht dann mit Leichtigkeit vor sich und man kann einen Kontentivverband aus Gips anlegen. Derselbe soll den Teilen möglichst innig anliegen und die dazwischen liegende Watteschicht ziemlich dünn sein. Die Konsolidierung der Fragmente geschieht nach zwei bis drei Wochen, und wird dieser Zeitpunkt durch ein erhöhtes Wärme- und Schmerzgefühl an der Frakturstelle angezeigt. Dann soll der Gipsverband heruntergenommen, die Teile besichtigt werden, ob sie richtig zusammenwachsen, und ein leichter Stützverband angelegt werden, um einerseits Bewegungen zu verhindern, andererseits die Massierung des Kallus vornehmen zu lassen. Zu dieser Zeit ist der Kallus noch biegsam und man kann eventuelle Difformitäten noch mit Leichtigkeit korrigieren.

E. Toff-Braila.

11) **R. Jones.** On beningn Cysts of the long bones.
Archives of the Roentgen-Ray. Nr. 81 und 82.

Verfasser bespricht die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen einer gutartigen Knochenzyste und einer bösartigen Knochenneubildung, dem Sarkom. Weder die Anamnese allein noch das Röntgenbild allein ermöglichen die Diagnose, sondern, nur wenn man beide Faktoren gleichmässig berücksichtigt, kann man vor folgenschweren Irrtümern bewahrt werden. Bei den schnell wachsenden medullären Riesenzellensarkomen und den Myxochondrosarkomen wird kaum eine Verwechslung unterlaufen, wohl aber bei dem langsamer wachsenden Medullar-Sarkom. Dieses zeigt gegenüber den gutartigen Zysten ein ungleichförmigeres Wachstum, die Ausdehnung ist ungleich, die Höhle ist durchsetzt mit kleinen wabenartigen Gebilden, weniger durchscheinend, und die Ecken sind unregelmässiger. Die gutartigen Zysten zeigen im Röntgenbild eine scharf begrenzte, überall gleichartige Aufhellung.

Verf. beschreibt 4 kasuistische Fälle von gutartigen Zysten: 1 in der Ulna und 3 im Zeigefinger. Ferner teilt er noch einen Fall von multiplen gutartigen Zysten mit, die sehr selten sind. Die Krankengeschichten haben gemeinsam in der Anamnese das langsame Wachstum und die geringe Schmerzhaftigkeit. Die beigegebenen Röntgenbilder zeigen deutlich die besprochenen Verhältnisse.

Meyer-Heidelberg.

12) **P. Frangenheim** (Königsberg). Ueber Kalluszysten.
Deutsche Zeitschr. für Chirurgie. Bd. 90. Heft 1—3. Pag. 87.

Fr. beschreibt 2 Fälle von Kalluszysten, die im parostalen



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hypertrophischen Kallus lokalisiert waren. Beim ersten Fall handelte es sich um eine traumatische Fraktur des Schenkelhalses mit überreicher Kallusproduktion. Im unteren Pol des Kallus fanden sich mehrere Zysten, von denen eine über wallnussgross war. Im zweiten Falle war es infolge eines malignen Tumors zu einer pathologischen Fraktur im proximalen Oberschenkeldrittel gekommen. In den die Fraktur umgebenden Kallusmassen finden sich 2 Zysten, die keinen Inhalt aufweisen und deren Wand von 3 Schichten: Fibrin, Bindegewebe, Knochensubstanz (von innen nach aussen) gebildet wird.

Die Zystenbildungen im hypertrophischen Kallus sind gutartiger Natur und haben mit den echten Kallusgeschwülsten, also solchen Tumoren, die an einer Bruchstelle nach Heilung des Bruches neben oder aus dem Callus primär entstehen, nichts zu tun (Osteome, Sarkome und Chondrome).

Die Kalluszysten besitzen mit den bei Myositis ossificans traumatica beobachteten Zystenbildungen grosse Aehnlichkeit. Vielleicht ist auch ihr Entstehungsmodus der gleiche (traumatisch entstandenes Lymphextravasat, das abgekapselt wird und eine knöcherne Schale erhält).

Stoffel-Heidelberg.

13) **Maxwell.** A case of Myositis ossificans.

The Brit. Medic. Journ. 7. Dez. 1907. S. 1647.

10jähr. indischer Knabe, der seit 5 Jahren an progressiver Myositis ossificans leidet. Wie gewöhnlich Beginn in der Rückenmuskulatur. Die Photographie zeigt ausgedehnte Verknöcherung, die sehr schnell fortgeschritten war. Atmung infolgedessen von abdominalem Typus. Die Verknöcherung hat auch schon den Larynx ergriffen. Aetiologie unbekannt. Allgemeinbefinden des Knaben war gut.

Meyer-Heidelberg.

14) **Krause** und **Trappe.** Ein Beitrag zur Kenntnis der Myositis ossificans progressiva.

Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. XI, H. 4.

Kr. und T. geben in dieser mit einem ausführlichen, kritisch geordneten Literaturverzeichnis versehenen Arbeit einen Ueberblick über die Entwickelung unserer heutigen Anschauungen von dem Wesen dieser seltenen Krankheit, die in vielen Punkten noch durchaus rätselhaft ist.

Im Gegensatz zu einer Reihe anderer Autoren muss nach Kr. daran festgehalten werden, dass die Myositis ossificans progressiva eine Krankheit des Entwickelungs- bezw. Kindesalters ist. Das männ-


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

liche Geschlecht zeigt geringe Prädisposition, Heredität und hygienische Verhältnisse werden in ihrer Dignität als ätiologische Momente sehr verschieden beurteilt.

Die Krankheit zeigt häufig einen typischen Verlauf: Beginn in der Nacken- und Schultermuskulatur, meist schmerzhaft mit einer teigigen Schwellung, die allmählich zurückgeht und eine Steifigkeit der erkrankt gewesenen Partieen zurücklässt. Wiederholungen in anderen Muskeln folgen und hinterlassen knochenharte Einlagerungen in den Muskeln, in erster Linie in den Nacken-, Rücken- und Schultermuskeln, auch im Kopfnicker und dem Masseter. Am Oberarm werden Deltoideus, Biceps, seltener Triceps befallen, am Oberschenkel Hüftmuskulatur und Adduktoren. Andere Muskeln werden seltener befallen, bisher noch nicht als erkrankt beschrieben sind aber nur Zwerchfell-, Herz-, Gaumen- und Schlundmuskulatur.

Eine Reihe von Abbildungen aus anderen Arbeiten zeigt die am häufigsten vorkommenden pathologischen Stellungen.

Meist werden beide Körperhälften annähernd symmetrisch befallen, die Einlagerungen sitzen, bevor sie eine grössere Ausdehnung erlangen, am Uebergang in die Sehnen oder in diesen selbst.

Die eben beschriebenen Anschwellungen können dem Verknöcherungsprozess jahrelang vorausgehen, auch vollkommen wieder schwinden, selbst wenn sie schon verhärtet waren; manchmal machen sie in verweichtem Zustand den Eindruck eines Abszesses. Meist ist das Fortschreiten ein anfallsweises, manchmal aber auch ein ganz continuierliches. Die elektrische Erregbarkeit der Muskeln ist qualitativ meist nicht verändert. Häufig ist Mikrodaktylie vorhanden.

Histologisch handelt es sich um echtes Knochengewebe, nicht um verkalktes Bindegewebe. Im Gegensatz zu dieser bei allen Autoren sich findenden Angabe fanden Kr. und Tr. bei ihrer Patientin, deren Krankengeschichte ausführlich wiedergegeben wird, dass Kalkablagerungen im intermuskulären Bindegewebe eine wichtige Rolle spielen. Durch Punktion einer erweichten Stelle wurde eine Emulsion amorpher Kalksalze entleert statt des erwarteten Eiters.

Systematische Röntgenuntersuchungen zeigten bei vielen Einlagerungen das Fehlen jeder knöchernen Struktur, was dafür spricht, dass sie anfangs jedenfalls Kalkablagerungen darstellen. Die Knochen selber sind im Gegensatz hierzu kalkarm, stark aufgehellt.

Mit Wahrscheinlichkeit handelt es sich bei der in Rede stehenden Krankheit um lokale Entzündungsprozesse im Bindegewebe, die zu einer Proliferation desselben und zu sekundärem Schwund der muskulären Elemente führen. Aus dem gewucherten


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bindegewebe entsteht dann in einer Reihe von Fällen durch Metaplasie echter Knochen, in anderen Fällen kommt es zu pathologischen Kalkablagerungen — Calcinosis interstitialis —, die eventuell noch Anstoss zur Knochenbildung geben kann. **Rauenbusch**-Heidelberg.

15) **Albers Schönberg.** Eine bisher nicht beschriebene Allgemeinerkrankung des Skelettes im Röntgenbilde.
Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. XI, H. 4.

A.-Sch. beschreibt einen Fall von gleichmässiger Veränderung des ganzen Skelettes, bestehend in fast vollkommenem Ersatz der Spongiosa durch kompakte Knochensubstanz, die einen abnorm hohen Kalkgehalt zeigt, sodass die Durchlässigkeit der Knochen für Röntgenstrahlen fast ganz aufgehoben ist. (Fehlen aller Strukturzeichnung.) Dabei besteht eine erhebliche Brüchigkeit bei sonst ungestörtem Allgemeinbefinden und völlig unklarer Aetiologie.
Rauenbusch-Heidelberg.

16) **Kotzenberg** (Hamburg). Erfahrungen mit der Füllung von Knochenhöhlen mit Jodoform — Wallratgemisch.
Arch. f. klin. Chir. Bd. 83, H. 4, pag. 977.

K. berichtet über 11 Fälle von Knochenerkrankungen (7 chronische Osteomyelitiden, 3 tuberkulöse Caries und 1 Knochenzyste), die mit der Jodoform-Emulsion Mosettigs behandelt wurden. Exakte Technik ist die Grundbedingung. Die Erwärmung der Plombenmasse geschieht auf dem Wasserbad, dessen Temperatur nicht unter 45° gehen und 50° nicht übersteigen darf. Nach Entfernung alles Kranken an den Weichteilen wird die Knochenhöhle mittels Meissel, scharfem Löffel und Bohrstift ausgearbeitet, mit konzentrierter Karbolsäure ausgewischt (sofortiges Nachspülen mit 90 proz. Alkohol) und mit einem heissen oder kalten Luftgebläse vollends getrocknet. Dann giesst man die flüssige Jodoformmasse ein und lässt sie erstarren. Periost und Weichteile werden dann über der Plombe geschlossen.

Die osteomyelitischen Knochenmarkerkrankungen lieferten die schlechtesten, wenn auch ganz zufriedenstellende Resultate. Die Wunden heilten nur in 2 Fällen per primam intentionem. Der Grund liegt nicht in dem Plombenverfahren, sondern in unserm Unvermögen, alles Krankhafte radikal zu entfernen.

Die 3 Knochentuberkulosen und die Knochenzyste heilten per primam.

Auch Leute mit Jodoformidiosynkrasie vertragen die Plombe sehr gut, da die Masse nur sehr langsam zur Resorption gelangt.



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der Wert der Plombierung liegt in der wesentlichen Abkürzung des Heilungsprozesses und in dem Vermeiden der hässlichen, tief eingezogenen Fistelnarben. **Stoffel**-Heidelberg.

17) **P. Hardouin** (Rennes). Le traitement d'urgence des plaies articulaires.

La presse médicale, Nr. 6, 1908, p. 41.

Die häufigsten Gelenkverletzungen sind jene, welche das Knie oder das Fussgelenk betreffen. Die Prinzipien der Behandlung sind übrigens die gleichen und richten sich nach dem Satze, dass ein rasches und ausgiebiges Eingreifen die besten Resultate ergibt. Vor Allem ist es von Wichtigkeit sich über den verletzenden Gegenstand zu orientieren, da selbstverständlich infizierte Gelenkwunden anders behandelt werden müssen, als reine. Im ersteren Falle muss nach sorgfältiger Desinfektion der ganzen verletzten Gegend das Gelenk mit breitem Schnitt eröffnet werden, falls dies durch die Verletzungswunde bereits geschehen ist, man entfernt etwaige Blutgerinsel und eingedrungene Fremdkörper und legt ein dickes Drainrohr ein. Dieser Eingriff muss auch dann vorgenommen werden, wenn die verletzende Wunde klein, selbst stichförmig ist, da auf diese Weise am besten gefährlichen Gelenkeiterungen vorgebeugt werden kann. Bestehen bereits Zeichen beginnender Infektion, so ist das erwähnte Verfahren ungenügend und nur eine breite Arthrotomie gefolgt von ausgiebiger Drainierung ist im Stande das Gelenk zu retten. Hierauf wird das betreffende Glied in einem Gipsverbande immobilisiert. Tritt Fieber auf, so muss der Verband erneuert werden. Der Gipsverband bleibt, falls keine Komplikationen auftreten, etwa 25 Tage liegen, worauf mit der Mobilisierung und Massage begonnen werden soll. **E. Toff**-Braila.

18) **Halle.** Zur Casuistik von Chondrombildungen an den knöchernen Gelenkenden.

Dissertation. Kiel, 1907.

H. bespricht zunächst in kurzen Zügen die heutzutage allgemein gültigen Ansichten über Chondrome, deren Häufigkeit und Vorkommen und geht dann näher auf einen Fall von Chondrom der Tibia ein, der in der Kieler chirurgischen Klinik zur Beobachtung kam und daselbst operiert wurde. **Blencke**-Magdeburg.

19) **Canessa.** Sobre tratamiento de las artropatias tuberculosas.

Reviste médica del Uruguay. Bd. X, Nr. 6.

C. bespricht in der sehr ausführlichen Arbeit, in welcher auf



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die gesamte Literatur aller Länder Bezug genommen ist, die Geschichte und den heutigen Stand der Therapie der Gelenktuberkulosen. Er kommt zu folgenden Schlüssen, die ja wohl auch in den Hauptpunkten dem Standpunkt der deutschen Autoren auf diesem Gebiete entsprechen: 1. Die konservative Behandlung ist die Methode der Wahl, so lange eine geschlossene Tuberkulose vorliegt. Sie muss stets zunächst wenigstens versucht werden. 2. Im Beginne des Leidens ist ein blutiger Eingriff völlig zu verwerfen. 3. Das erkrankte Gelenk ist im gut und exakt angelegten Gipsverband zu fixieren. 4. Unter Umständen kann die Behandlung ambulant durchgeführt werden; zuweilen sind dann Injektionen in die erkrankten Gelenke indiziert. (Jodoform, Campher etc.) Auch physikalische Agentien (Sonne, Stauung etc.) sind anzuwenden. 5. Serumeinspritzungen können bei multiplen Herden versucht werden. Die Erfahrungen hierüber sind aber noch nicht als abgeschlossen zu betrachten. 6. Die Arthrotomie ist vollkommen verlassen. 7. Die Arthrektomie soll möglichst eingeschränkt werden. 8. Die typische Resektion ist beim Kinde vollständig kontraindiziert. Beim Erwachsenen soll sie erst nach missglückter konservativer Behandlung gemacht werden. Wie lange die letztere versucht werden kann, hängt von äusseren Umständen ab, vor allen Dingen von der sozialen Stellung des Patienten. Bei den Operationen der unteren Extremitäten ist die Ankylose zu erstreben; bei denen der oberen im Allgemeinen die Beweglichkeit. 9. Die Amputation kommt nur als ultima ratio in Frage, d. h. wenn das Leben des Kranken in ernster Gefahr ist oder die Resektion keine Heilung gebracht hat. **Stein**-Wiesbaden.

20) **Cornil** et **Coudray.** Ostéomes musculaires, hyperostose consécutive á l'ablation du périost.

Revue de Chir. 27. Jahrgang. Nr. 12.

Cornil und Coudray kommen in dieser teils experimentellen, teils histologischen Studie zu folgenden Schlüssen:

Die Annahme einer periostalen Entstehung von traumatischen Osteomen im Muskel scheint zutreffend für die Fälle, in denen die Neubildung zu den betreffenden Knochen engere Beziehungen hat, aber sie erklärt nicht die Osteome, die in grösserer Entfernung vom Skelettsystem auftreten. Für diese muss man zu der Annahme greifen, dass das intermuskuläre Bindegewebe unter dem Einfluss eines heftigen einmaligen oder eines geringeren, öfter wiederholten Traumas die Fähigkeit erhält, Knochen zu bilden, ohne Zweifel infolge einer noch unerklärten Prädisposition des betreffenden Individuums.

Rauenbusch-Heidelberg.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

21) **A. von Khautz jun.** Ueber angiomatöse Muskelschwielen.

Wiener klin. Wochenschrift. Nr. 3. 1908.

In zwei vom Verf. beobachteten Fällen entwickelten sich nach Traumen schwielig-angiomatöse Geschwülste im Muskelgewebe, die nach aussen durch die Fascie kaum diagnostizierbar waren, sich jedoch durch dauernde Schmerzhaftigkeit manifestierten.

Bei der Operation zeigten sie sich als Tumoren derb, blutreich, grau, von thrombosierten Venen durchzogen, eine Mittelding zwischen Schwiele und Muskelangiom.

Die Exzision brachte in beiden Fällen Heilung.

Spitzy-Graz.

22) **Kirmisson** (Paris). De la valeur des transplantations tendineuses dans les paralysies. (Ueber den Wert der Sehnenüberpflanzung bei Lähmungen.)

Revue d'orthop. 1907. 6, p. 567.

K. behauptet im Gegensatz zu anderen Autoren, dass er keine guten Erfahrungen mit der Sehnenüberpflanzung gemacht habe, namentlich, wenn er die Dauererfolge in Betracht zöge. Er geht soweit, fast jeden Wert der Transplantationen zu leugnen. Er hat allerdings in den 10 Jahren (1897—1907) nur 15 (!) Sehnenüberpflanzungen vorgenommen, von denen er einzelne mit ihrer Resultatlosigkeit bespricht. Er meint aber, dass die Erfahrungen anderer auch nicht besser wären, wenn sie statt langer Auseinandersetzungen über Technik und Operationsplan statistische Forschungen über die Dauerresultate feststellten. Diese vermisst er namentlich bei den deutschen Autoren, bei den französischen lauten sie meist nicht sehr ermutigend. — K.'s direkte Umfragen bei französischen und deutschen Chirurgen und Orthopäden wurden meist nicht beantwortet, die wenigen Berichte, die gegeben wurden, lauteten äusserst widersprechend.

Vorläufig kann niemand behaupten, dass die Transplantation (ob nun Sehne auf Sehne (Vulpius) oder Sehne auf Periost, eventuell mit Seidenverbindung (Lange) wirklich nützlich ist. Vor allem erscheint der Wert der Transplantation eines halben Muskels, womöglich auf einen Antagonisten höchst fragwürdig; die totale Transplantation ist auf jeden Fall vorzuziehen.

Da weiter viele Eingriffe zu gleicher Zeit vorgenommen werden (Redressement, subkutane Tenotomie, Verkürzung und Ueberpflanzung), so kann man nie sagen, welche Intervention den eigentlichen Nutzen hervorgebracht hat. Das zweizeitige Vorgehen von Lorenz, zuerst



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Redressement mit eventueller Tenotomie, später — und nur wenn nötig — Transplantation, ist darum besonders zu empfehlen. Vor allem soll man nicht prinzipiell die Arthrodese verwerfen, die K. 40 Mal an Knie und Sprunggelenk mit gutem Erfolg ausgeführt hat. Nur darf man die Arthrodese nicht in allzu jugendlichem Alter (vor dem 10. Jahre) vornehmen, weil da die Knochenproduktion noch minimal ist.

Den Schluss, den K. aus seinen Literaturstudien, Umfragen und persönlichen Erfahrungen zieht, ist der, dass die Hoffnungen, die man auf die Transplantion setzte und noch setzt, übertriebene waren und sind, dass aber das letzte Wort in der Frage jetzt noch nicht gesprochen werden kann. Vor einem Missbrauch der Sehnenüberpflanzung, namentlich ihrer ausschliesslichen Anwendung bei der Kinderlähmung ist dringend zu warnen. **Ewald**-Hamburg.

23) **Jopson** (Pennsylvania). Tendon transplantation.

University of Pennsylvania Medical Bulletin 1907. Nr. 10, pag. 222.

J. gibt einen kurzen Ueberblick über das Indikationsgebiet der Operation, die nach seiner Ansicht alle Angriffe der Kritik überwunden hat, über die Technik, Nachbehandlung etc. Neues will der kleine Aufsatz nicht bringen. **Vulpius**-Heidelberg.

24) **Judson.** Position couchée dans le traitement de la paralysie infantile.

Ann. de Chir. et d'Orthop. Tome XX. Nr. 12.

Judson schlägt vor, die Kinderlähmung mit absoluter Bettruhe zu behandeln. Er geht bei diesem Vorschlag von der Tatsache aus, dass bleibende Lähmungen der unteren Extremitäten achtmal so häufig sind, wie an den oberen, wobei er behauptet, dass diese ebenso oft erkranken, sich aber viel öfter erholen, als die Beine, weil die Muskeln an diesen infolge zu früher Inanspruchnahme überdehnt würden und sich nicht mehr erholen könnten, während die Muskeln der oberen Extremitäten viel günstiger gestellt seien, da ihnen ja keine Arbeit zugemutet würde, selbst wenn der Kranke aufstände. Gymnastik, Massage und Elektrisieren soll wie bisher die Behandlung unterstützen.

Der Vorschlag scheint logisch und wäre ganz plausibel, wenn die Voraussetzung, dass bei der Poliomyelitis der Arm ebenso oft erkrankte, wie das Bein, richtig wäre, was aber (wenigstens nach Erfahrung des Referenten) keineswegs zutrifft. **Rauenbusch**-Heidelberg.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

25) **Wilson.** Remarks on the value of rhythmical exercises in the treatment of spasmodic neuroses.

The Brit. Med. Journ. July 20, 1907. S. 133.

Eine grosse Rolle spielt nach Verf.'s Ansicht bei allen Erkrankungen des Nervensystems die Gewohnheit, besonders bei den spastischen Neurosen wie spastischem Schiefhals. Hier werden durch die Gewohnheit die Bewegungen bedeutend verstärkt.

Das Prinzip seiner Behandlung beruht darauf, die unrhythmischen Bewegungen zu rhythmischen zu gestalten und die Bewegungen der erkrankten Muskeln mit denen gesunder durch zielbewusste Uebungen zu vereinigen. Hierdurch soll der Patient in den Stand versetzt werden, selbständig die gewohnheitsmässigen krankhaften Bewegungen durch die Muskelaktion der intakten Muskeln zu unterdrücken. Die Uebungen bestehen in rhythmischen, jedem Fall angepassten Bewegungen, die den krankhaften gerade entgegengesetzt sind, damit auch dadurch der Muskelapparat so ermüdet wird, dass für die pathologischen Kontraktionen keine Energie mehr übrig bleibt.

Verf. empfiehlt sein Verfahren bei Paralysis agitans, spastischem Schiefhals, Beschäftigungsneurosen, Stottern etc.

Meyer-Heidelberg.

26) **Fröhlich** (Nancy). Traitement orthopédique de certaines formes de la maladie de Little.

Revue d'orthop. 1907, 6. p. 525.

Genaue Krankengeschichte von 14 orthop.-chirurgisch behandelten Fällen von Littlescher Krankheit. Im Anschluss daran Besprechung des Krankheitsbildes und der Behandlung.

Aetiologisch wurde meist Asphyxie des Neugeborenen, vorzeitige oder schwierige Geburt, Zwillingsschwangerschaft u. s. w. festgestellt.

Anatomisch handelt es sich nach Fr. um mehrere, von einander ganz verschiedene Affektionen: Hämorrhagien in den Meningen, Enzephalitis, Zysten, Hydrozephalus internus, mangelhafte Entwicklung der Pyramidenbahnen.

Nach dem psychischen Verhalten unterscheidet Fr. die spinale und die zerebrale Form der Littleschen Krankheit. Zu der letzteren rechnet er auch die Mitaffektion der oberen Extremität (6 Fälle von 14).

Symptomatologisch wird nichts neues bemerkt.

Die Behandlung hat zum guten Teil eine psychische, pädagogische zu sein. Daneben kommen in ausgedehntestem Masse Tenotomien zur


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Anwendung, am meisten der Achillessehne, oft aber auch der Kniebeuger. Die Adduktoren werden — wie bei der angeborenen Hüftverrenkung — subkutan zerrissen.

Sehnenraffungen und Tansplantationen von Antagonisten hat Fr. nicht nötig gefunden.

Manchmal musste er nach dem Gipsverband noch einen Schienenhülsenapparat geben, eventuell auch ein Korsett. Wichtig ist eine lange Nachbehandlung, bestehend in Uebungen auf Kommando und Massage. Der Erfolg ist bei aller Bemühung oft nur mässig.

Idioten sollten orthopädisch nicht behandelt werden.

Ewald-Hamburg.

27) **Baum.** Knochenbrüche bei Tabes und deren ätiologische Stellung.

Habilitationsschrift. Kiel 1907.

Auf Grund seiner Studien und auf Grund zahlreicher Untersuchungen, auf die er näher in der Arbeit eingeht, ist Verf. zu der Ansicht gekommen, dass für das Zustandekommen spontaner Frakturen bei tabischen Individuen noch andere und zwar ausserhalb des Knochengewebes zu suchende Momente eine ätiologische Rolle spielen müssen. Er ist der Ansicht, dass es der Muskeltonus ist, weiter die Aufhebung des Muskelsinnes und der Knochensensibilität und die hierin begründete Unfähigkeit der Patienten, die Anspannung der Muskulatur, die Belastung der Knochen und die Grösse eines Traumas richtig zu bewerten. B. konnte elf derartige Fälle beobachten und gibt die Krankengeschichten dieser in Kürze wieder. In allen Fällen zeigte sich ein Missverhältnis zwischen Trauma und Schwere der Verletzung; die meisten Patienten waren erstaunt, wenn sie hörten, dass sie einen Knochenbruch erlitten hätten. Dreimal war der Schenkelhals, zweimal der Oberschenkel subtrochanter, dreimal in der Mitte gebrochen, dreimal die Tibia und einmal der Metatarsus. Fast die Hälfte der Fälle befand sich zur Zeit der Fraktur im Initialstadium der Tabes. B. verlangt, dass eine tabische Fraktur mit derselben Sorgfalt behandelt werde wie jede gewöhnliche Fraktur auch, da sonst schwere Schädigungen entstehen können. Er hält auch hier die Extensionsmethode für die beste, mit der man neben genügender Fixation die beste Adaption der Fragmente erzielen kann. **Blencke**-Magdeburg.

28) **Frenkel** (Heiden). Die mechanische Behandlung der Nervenkrankheiten.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung. 1907. Nr. 4.

Nachdem es bei Tabes gelungen war, durch Uebungstherapie


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Ataxie als eine organisch bedingte Störung zu beseitigen, unter bewusstem Verzicht auf eine Heilung der erkrankten Organe selbst, wurde auch für die meisten anderen nervösen Erkrankungen Uebungstherapie eingeführt. Jedoch haben die mediko-mechanischen Massnahmen nur dann Zweck, wenn die motorischen Neurone unversehrt sind und der Ausfall der Sensibilität durch die dem Gehirn eigentümliche Uebungsfähigkeit ersetzt wird. Bei der Tabes wurden dadurch die guten Erfolge erzielt, dass es gelungen ist, die Balanzierfähigkeit des Rumpfes, die durch den Verlust der Sensibilität verloren gegangen war, wiederherzustellen. Verf. warnt jedoch bei den Uebungen vor Ueberanstrengung, da bei den Tabikern das Ermüdungsgefühl gestört ist, ebenso wie sie auch nicht die beschleunigte Herzaktion merken.

Von der Suspension hält Verf. nur wenig, dagegen hält er das Tragen des Hessing-Korsetts für direkt schädlich, da dadurch die selbständige Bewegungsfähigkeit der Tabiker verloren geht. Nutzen bringt es nur bei Fällen schwerster Hypotonie der Rücken- und Bauchmuskulatur, da es dann die einzige Stütze ist, ebenso wie hier auch das Tragen von orthopädischen Apparaten bei den sich ausbildenden Schlottergelenken der unteren Extremität angezeigt erscheint.

Von weiteren mechanischen Behandlungsmethoden führt Verf. die Extensionsbehandlung bei Kompressionen des Rückenmarkes an, die stets die besten Erfolge gezeigt hat. Die orthopädisch-chirurgische Behandlung der Hemiplegie hält Verf. für ziemlich aussichtslos. Man muss zugeben, dass die Beseitigung der Kontraktur ohne gleichzeitige Beseitigung der Lähmungen ein Unglück für den Kranken in den meisten Fällen ist, aber da Verf. der Meinung ist, dass es keine Therapie gäbe, in einen gelähmten Muskel aktive Bewegungsfähigkeit zu bringen, die wissenschaftlicher Kritik Stand halten könnte, so scheint er hierbei die Erfolge von Hunderten von Sehnentransplantationen, die ein glänzendes Resultat zeitigten, ausser Acht gelassen zu haben. Bei den bettlägerigen Fällen will sich Verf. auf Massage und passive Bewegungen zur Besserung der Blutzufuhr beschränken. In den anderen Fällen ist die gesunde Seite durch Uebung selbständiger zu machen und sie dadurch von der Mitarbeit der kranken Seite zu emanzipieren. Eine exzessive Spitzfussstellung des gelähmten Beines ist zu verhindern.

Bei den spastischen Zuständen, wie z. B. den Residuen einer Myelitis, der Seitenstrangsklerose und der multiplen Sklerose verschlechtert jeder stärkere Eingriff, wie Massage, Elektrizität, aktive



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und passive Bewegungen, den Zustand. Das Gehen wird jedoch durch passive Dehnung der Adduktoren und der Achillessehne gebessert.

Für periphere Neuritis, wie bei chronischem Alkoholismus, ist Massage für die Ernährung der Muskulatur durchaus angebracht.

Bei Paralysis agitans werden passive Bewegungen schlecht vertragen, dagegen sind ganz geringe aktive Innervationen nützlich. Infolge der Propulsion sind die Kranken nicht imstande, zu gehen. Es gelingt den Kranken eine gewisse Selbständigkeit der Rumpf- und Fussbewegung wiederzugeben und sie dadurch wieder zum Gehen befähigt zu machen.

Bei Neuralgien, gelegentlich bei Herzneurosen, Tics, Torticollis etc. kann durch Uebung und Massage Besserung erzielt werden.

Zum Schluss sagt Verf., dass die Hoffnungen, die auf die mediko-mechanische Behandlung der Nervenkrankheiten von vielen Seiten gesetzt sind, zum grössten Teil Enttäuschungen gebracht haben. Nur bei intaktem motorischen System ist die Methode noch erweiterungsfähig, jedoch warnt er nochmals dringend vor den Gefahren einer mediko-mechanischen Vielgeschäftigkeit.

Meyer-Heidelberg.

29) **Hentze.** Ueber einen Fall von „Elephantiasis permagna" und den Nutzen der Behandlung mit Curschmannscher Drainage des Zellgewebes.

Diss. Greifswald 1907.

Der Arbeit ist ein Fall von hochgradigster Elephantiasis der unteren Extremitäten zu Grunde gelegt, der eine Folge von rezidivierenden Entzündungen war und bei dem Prof. Friedrich, da alle angewandten Mittel versagten, die Curschmannsche Drainage des Zellgewebes in Anwendung brachte. Es flossen in verhältnismässig kurzer Zeit grosse Mengen von Serum ab, wodurch eine bedeutende Abschwellung herbeigeführt und der Patientin das subjektive Gefühl des Wohlbefindens verschafft wurde.

Blencke-Magdeburg.

30) **Fischer.** Ein einfacher, in Lazaretten selbst anzufertigender mediko-mechanischer heilgymnastischer Universalapparat.

Deutsche militärärztl. Zeitschr. vom 20. Januar 1908. S. 54.

Beschreibung eines Apparates, der durch reine Schreinerarbeit im Lazarett herzustellen ist und an dem die gebräuchlichsten mediko-mechanischen Uebungen gemacht werden können. Er ist nach dem



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Prinzip der käuflichen Universalapparate zusammengesetzt, natürlich bedeutend billiger und darum gerade für kleine Lazarette, die sonst jeglicher derartiger Einrichtung ermangeln, zur Herstellung zu empfehlen.

Der Apparat gestattet: Beinübungen, Bergsteigen, Armzug-, Ruder- und Sägeübungen, Nähmaschinentreten, Pro- und Supinationsübungen der Hand, sämtliche Uebungen des Ellenbogens, Schulter, Hüfte, Fuss. Ferner Fingerpendelapparat, Credés Sprossenlaufbahn, Greifübungen, Vorübungen zu Gewehr-, Lanzen- und Säbelgebrauch etc. Nach Belieben kann natürlich der Apparat in jeder Weise ergänzt werden. **Meyer**-Heidelberg.

31) **Meisner.** Spiel, Sport und Wandern in ihrer Beziehung zur Gesundheitspflege in Schule und Haus.

Aerztl. Sachverständigen-Zeitung, 15. Januar 08. S. 29.

Verfasser tritt dafür ein, dass die Aerzte an den Bestrebungen zur Förderung der Volks- und Jugendspiele mehr teitnehmen sollen, um auf den Ausbau dieses für die heranwachsende Jugend so überaus wichtigen Unternehmens vom ärztlichen Standpunkt aus Einfluss zu gewinnen. Denn nur der Arzt ist im Stande, die individuelle körperliche Leistungsfähigkeit richtig einzuschätzen und dadurch bei rechtzeitigem Eingreifen den einzelnen Schüler vor Schaden zu bewahren. Nur dadurch kann das verdienstvolle Werk gefördert werden. Zugleich warnt Verf. vor den sportlichen Auswüchsen, die häufig mit den Spielen verbunden sind und die dadurch nur eine einseitige körperliche Ausbildung der physisch Kräftigen herbeiführen, während die Schwächeren zu Statistenrollen verdammt werden. Auch wird dadurch die Neurasthenie gefördert, wenn Wettkämpfe z. B. zwischen zwei Klassen mitunter wochenlange Vorbereitungen erfordern. Ebenso glaubt Verf. in den Ballspielen, Tennis und dem Hin- und Herspringen auf dem oft harten Boden die Ursache verschiedener Erkrankungen häufig finden zu können, wie Skoliosen, Gebärmutterverlagerungen, Blinddarmentzündungen etc.

Verf. empfiehlt deshalb mit vollem Recht die Wandermärsche in die freie Natur mit Fang- und Kriegsspielen, um den Körper im Laufen und im Gebrauch der Sinnesorgane im durchschnittenen Gelände zu üben und dadurch die heranwachsende männliche Jugend wehrfähig zu erhalten. Selbstverständlich erkennt Verf. die Verdienste des Zentralausschusses für Volks- und Jugendspiele an.

Meyer-Heidelberg.


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

32) **O. v. Frisch** (Wien). Zur kongenitalen Skoliose.

Archiv für klin. Chirurgie. Bd. 84. Heft 1. Pag. 298.

v. Fr. bringt zunächst mehrere kasuistische Beiträge:

1. Bei einem 16 jährigen Mädchen, das eine linkskonvexe Skoliose im Lendenabschnitt, einen flachen Rücken, eine kompensatorische rechtskonvexe Dorsalskoliose und rechtskonvexe Krümmung des Kreuzbeins aufwies, fand sich auf dem Röntgenbild ein zwischen 4. und 5. Lendenwirbel keilförmig von links eingeschaltetes Wirbelrudiment, bestehend aus einem halben Körper und der dazu gehörigen Bogenhälfte mit Quer- und Dornfortsatz. Diese $2^1/_2$ Wirbel sind aus der Reihe der andern nach der Seite der Konvexität herausgetreten. Kreuzbein und obere Lendenwirbelsäule sind kompensatorisch rechts konvex und torquiert. Das Becken ist asymmetrisch.

2. An einem Skelett aus dem Wiener pathologischen Museum findet sich ein Defekt der linken Bogenhälfte des rechterseits assimilierten 5. Lendenwirbels und ein zwischen 2. und 3. Lendenwirbel linkerseits eingeschaltetes Wirbelrudiment. Diese beiden Anomalien haben zwei nahe aneinander gelegene und entgegengesetzte Krümmungen der Wirbelsäule mit Torsion zur Folge. Kreuzbein und Becken sind asymmetrisch.

3. Ein weiteres Präparat zeigt 3 überzählige Wirbelhälften, von welchen die eine links zwischen 11. und 12. Brustwirbel, die 2 andern zwischen 1. und 2. Lendenwirbel eingeschaltet sind. Die dadurch hervorgerufenen Deviationen in der Wirbelsäulenaxe sind durch die Form der benachbarten Wirbel wesentlich kompensiert. Ausserdem ist der Atlas mit dem Occiput und der 5. mit dem 6. Brustwirbel verwachsen.

4. Bei einem 19 jährigen Mädchen, das eine starke linkskonvexe Skoliose im unteren Hals- und oberen Brustsegment, eine rechtskonvexe Skoliose im unteren Brustsegment, sowie eine deutliche rechtskonvexe Gesichtsskoliose aufwies, fand sich ein keilförmig von links eingeschobener, rippentragender Halswirbel. Die rippenfreie Halswirbelsäule ist nach rechts verschoben. Ob diese Verbiegung ebenfalls durch ein abnormes Knochenstück verursacht wird, konnte aus dem Röntgenbild nicht entschieden werden.

Ein solcher Halbwirbel ist als wahre Missbildung zu betrachten. Die Entwicklungsstörung muss sich zur Zeit des Bestehens des primitiven Wirbelkörpers, der paarig angelegt ist, abspielen.

Die kongenitalen Anomalien der Wirbelsäule lassen sich in verschiedene Formen einteilen:



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die einfachste Form ist die einfache Wirbelvermehrung oder -Verminderung, die numerische Variation.

Der nächst höhere Grad ist in der Verschmelzung einzelner präsakraler Wirbel zu sehen.

Das grösste Kontingent stellen aber die Fälle, bei welchen ein oder mehrere Wirbelkörper nur auf einer Seite zur Ausbildung gekommen sind. Dabei ist in der Regel auch der dazu gehörige Bogen in hohem Grade abnorm. Ein solcher Schaltwirbel ist immer niedriger als ein normaler Wirbel, reicht häufig nur bis zur Mitte seines normalen Nachbars und ist häufig mit demselben verschmolzen. Er verursacht eine seiner Höhe entsprechende seitliche Abweichung der Wirbelsäule, die durch abnorme Höhe der Nachbarwirbel auf der andern Seite mehr oder minder gut kompensiert sein kann.

Es ist sehr wahrscheinlich, dass die kongenitale Skoliose ebenso wie jede habituelle oder rachitische infolge der abnormen Belastung mit dem fortschreitenden Wachstum zunehmen kann. Auf die Diagnose leiten plötzliche Abbiegung der Wirbelsäule, Schauen der Dornfortsätze statt nach der Konkavität nach der Konvexität der Krümmung, Anamnese und Kombination mit anderen Missbildungen hin. Dass ausgesprochene Torsion fehlen soll, konnte Fr. nicht beobachten.

Bei der Aussichtslosigkeit jeder andern Therapie möchte Fr., wenn heftige Beschwerden bestehen und der Schaltwirbel günstig lokalisiert ist, ein operatives Verfahren (Entfernung der Spongiosa des Schaltwirbels mittels scharfem Löffel, Entfernung der Corticalis, Extensionsverband, Gipskorsett, Gymnastik) in Empfehlung bringen.

Stoffel-Heidelberg.

33) **H. O. Feiss** (Cleveland, Ohio). The mechanics of lateral curvature. (Entwicklung einer Theorie zur Erklärung der Skoliose, basierend auf dem Mechanismus bei der normalen Haltung.)

The americ. Journ. of orthop. surg. 1907, 2. p. 152.

Die Arbeit ist die zweite Fortsetzung von zwei vor einem Jahre erschienenen Aufsätzen, die sich mit den Haltungseigentümlichkeiten der normalen Wirbelsäule und des Thorax beschäftigen.

In Betracht kommt hierbei:

1. die Segmentation der Wirbel und die Belastung, die die einzelnen Teile durch das Balancehalten erfahren,

2. die asymmetrische Spannung bei asymmetrischen Haltungen,

3. die Veränderung der Rippen in Bezug auf Form und Richtung bei asymmetrischen Bewegungen,

4. die Veränderung, die dieselbe Kraft an den Wirbeln selbst hervorbringt.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:07 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Unter normalen Verhältnissen verhindert die Elastizität der Wirbelsäule im Ganzen die bleibende Verbildung: hört die einwirkende Kraft auf, so federn alle Teile in ihre normale Lage zurück. Die Elastizitätsgrenze kann jedoch überschritten werden (Vergleich mit dem oftmals gebogenen Stab, der schliesslich einen Teil der Biegung dauernd behält. So soll auch eine molekulare Neuanordnung der Wirbelsäulenteile stattfinden, bis das Gleichgewicht der Belastung angepasst ist). Dazu kommen als wichtige Faktoren das Wachstum und überhaupt das Leben der Knochen, worauf F. aber erst später eingehen will.

Es werden dann die Hauptverkrümmungen besprochen und an Abbildungen (2. T. nach Hoffa) erläutert, sowie Erklärungen für die verschiedenen Haltungsanomalien gegeben, indem die Haltungen des normalen Körpers zum Vergleich herangezogen werden. So versucht F. die Rippenverkrümmung zu erklären, so die Stellung des Sterumus, so die Verbildung der einzelnen Wirbel.

An Diagrammen, wo in den Körperumriss die Wirbelsäule und die Rippen eingezeichnet sind, wird weiter der Einfluss der seitlichen Beugung der Wirbelsäule über die Elastizitätsgrenze hinaus und die damit verbundene Torsion mit ihren Folgen gezeigt, ferner der Einfluss der Torsion allein und schliesslich die Entstehung der Keilform einzelner Wirbelkörper.

F. schliesst, dass man viele Deformitäten der Wirbelsäule und des Thorax einfach aus der langdauernden oder oft wiederholten Stellung der normalen Wirbelsäule erklären könne. Andere sollen dadurch zustande kommen, dass die Wirbel und Rippen in eine veränderte Lage gebracht sind und nun eine neue Gleichgewichtslage erstreben müssen. **Ewald**-Hamburg.

34) **Bittner** (Eger). Die Klappsche Skoliosenbehandlung (Kriechmethode) und ihre Anwendung von Seiten des praktischen Arztes.

Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 52. S. 2181.

B. hat sich längere Zeit (1 Jahr) mit der von Klapp angegebenen Behandlungsmethode der Skoliose befasst und nach seiner Angabe gute Resultate erzielt. Die Uebungen hat B. etwas modifiziert, vor allem, um dem prakt. Arzt, der nicht über einen grösseren Turnsaal verfügt, die Behandlung der Skoliose zugänglich zu machen. Er lässt vor allem das Kriechen im Kreise üben, andere Uebungen, spez. diejenigen, welche Klapp auf der Turnbank machen lässt, werden bei B. teilweise etwas verändert auf dem Boden liegend oder kniend oder auch stehend gemacht. Alle Uebungen laufen

Generated on 2019-06-08 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

darauf hinaus, die Rückenmuskulatur in symmetrischer Weise zu kräftigen und zwar nicht nur die Streckmuskulatur, sondern auch deren Antagonisten. Für Stützapparate ist Verf. im allgemeinen nicht eingenommen. Von weiteren Massnahmen verwendet B. nur Massage und Gipsbett. Verf. will den sonst geübten Methoden keineswegs ihre Berechtigung und ihre Erfolge absprechen, sondern hauptsächlich ebenso wie Klapp die Mittel zur Behandlung der Skoliose dem praktischen Arzt zugänglich machen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

35) Die Kleidung der Mädchen beim Turnunterricht.

Erfreulicherweise hat auch der Grossh. Badische Oberschulrat mit folgendem Erlass zur Frage des Schnürleibs Stellung genommen:

Von der Ueberzeugung ausgehend, dass eine ausgiebige Entfaltung der Körpermuskulatur durch das Korsett gehindert wird, empfehlen wir den Direktionen und Vorständen der Mittelschulen, in denen das Mädchenturnen eingeführt ist, das Tragen von Korsetten während des Turnunterrichts zu verbieten. Es ist darauf zu sehen, dass die Kleidung, die während des Turnens getragen wird, den Anforderungen der Gesundheit und des Anstandes entspricht. Dagegen darf ein besonderes Turnkleid von bestimmtem Schnitt oder bestimmter Art und Farbe nicht verlangt werden.

Stephani-Mannheim.

36) **J. Karcher** (Basel). Beitrag zur Therapie der internen Folgeerscheinungen der Verkrümmungen der Wirbelsäule.

Korrespondenzbl. f. Schweizer Aerzte. 1907. Nr. 11 u. 12.

Nach einem Hinweis auf 74 im Basler patholog. Institut zur Autopsie gekommene Fälle von Kyphoskoliose und Skoliose verbreitet sich K. über die klinischen Erscheinungen am Zirkulations- und Respirationsapparat bei den genannten Veränderungen. Er erwähnt ferner einige Bewegungs-Experimente, die er mit einem Kyphotischen angestellt hat, um schliesslich das Bergansteigen als bestes Mittel zur Milderung der Respirationsbeschwerden der Kypho-Skoliotischen zu empfehlen.

K. versteht unter Kyphoskoliose auch die spondylititische Kyphose ohne eine weitere Begründung für diese Abweichung von der üblichen Bezeichnung zu geben! Die Fälle florider Spondylitis sind aber ausgeschaltet. Aus der Arbeit, welche ein nicht sehr stark bearbeitetes Feld betrifft, seien folgende Einzelheiten hervorgehoben:


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die 74 Fälle stammen aus 4935 Sektionen. Es sind darunter 14 männliche und 60 weibliche. Am stärksten ist das achte Dezennium mit 22 Fällen vertreten. Es folgt das siebente mit 16, das neunte mit 13, das fünfte mit 5 Fällen. Die anderen verteilen sich in ähnlicher Weise auf die übrigen Dezennien. Die starke Belastung des Alters von 60—80 Jahren erklärt K. durch das häufige Vorkommen der Osteomalacie in Basel. Als wesentlichen Einfluss auf die Funktion des Respirations-Apparates betrachtet Verfasser die Einpferchung der Lunge in zu engem Raum. Daraus geht die Gefahr der Bildung luftleerer Bezirke der Lunge hervor. Die respiratorische Oberfläche wird verkleinert. Beim Emphysem steht das exspiratorische Defizit im Vordergrund, bei der Kypho-Skoliose das inspiratorische. Sauerstoff-Inhalationen haben bei kyphotischen Bronchitis-Kranken einen sehr guten Erfolg. Die Verschiebung der Ansatzpunkte der Muskeln und das Zusammendrängen des Thorax sind Hauptpunkte, welche der Ausgiebigkeit der Inspiration hindernd sind.

Die Atmungsform findet K. meistens diaphragmatisch; Füllung des Abdomens bringt Atmungs-Erschwerung mit sich. Die Atmungs-Frequenz ist gesteigert, besonders nach geringer Anstrengung. Die Beeinflussung der Atmungs-Mechanik und Atmungs-Muskulatur gibt die Indikation für die Behandlung der Kypho-Skoliotiker. Von den 3 hier in Betracht kommenden Methoden, Pneumato-Therapie, Gymnastik und Bergsteigen ist das letztere in erste Linie zu stellen. K. erwähnt allerdings 2 Patienten, die mit bestem Erfolg für ihr Wohlbefinden Uebungen von Turnvereinen mitmachen.

Bemerkenswert ist auch seine Notiz, dass Oertels Haupt-Versuchsobjekt ein Kypho-skoliotischer Arzt war.

Aus den Versuchen, wozu Karcher unter anderm auch einen Spondylitiker benutzte, und die zum Teil mit dem Jacquetschen Ergostaten, zum Teil in der Form von Terrain-Versuchen mit Steigung von 55—160 Meter gemacht wurden, ergibt sich, dass die Abweichungen der Puls-Frequenz nicht viel anders sind als beim Gesunden. Die Atmung war nach 10 Min., der Puls nach 20 Min. zur Norm zurückgekehrt. Grosse Höhen über Meer sind für Kyphotische dagegen schlecht zu ertragen.

Im weiteren ergibt sich aus der Betrachtung der Sektions-Protokolle, dass floride Lungentuberkulose in 10 Fällen beobachtet wurde, in 9 Fällen grössere und kleinere käsige Herde in den Lungen, in 19 Fällen schieferige oder verkalkte Stellen, in 36 gesunde Lungen. 5 der phthisischen Fälle waren Skoliotiker, 2 Kypho-Skoliotiker,



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2 **Pottsche** Buckel, 1 Fall Osteomalacie. Damit in Uebereinstimmung steht eine weitere, von K. erwähnte Beobachtung, dass unter 7 in der Basler Lungenheilstätte in Davos behandelten Fällen von Rückgrats-Verkrümmungen, worunter 2 tuberkulöser Form, 5 zur Zeit der Beobachtung gestorben waren.

Im weiteren bestätigen die Befunde des Verfassers die Angaben von **May**, **Neider**, **Bachmann**, besonders was die Organ-Gewichte, das Vorhandensein von Pleuritis und Pericarditis anbetrifft.

Was die therapeutischen Erörterungen des Verfassers anbetrifft, so ist zu bedenken, dass **Karcher** keinerlei Kontroll-Versuche mit einer dem deformierten Thorax angepassten Gymnastik gemacht hat, welche nach unserer Erfahrung die Leistungsfähigkeit ganz bedeutend steigert. Das zeigt sich ganz deutlich in der Tatsache, dass schwere, mit geeigneter Gymnastik behandelte Kypho-Skoliosen nach verhältnismässig kurzer Zeit ganz erheblich leichter marschieren und bergsteigen, als vor der Behandlung.

Wilhelm Schulthess-Zürich.

37) **Rob. W. Lovett** (Boston). The operative treatment of spina bifida.

American journal of orthopedic Surgery. 1907, 2, P. 208.

Das Vorgehen des Verfassers, das sich mit dem der meisten Chirurgen deckt, besteht in folgendem:

1. Abtragen des Sacks und der überflüssigen schlecht ernährten Haut;

2. Naht des Sackhalses, so dass keine Spinalflüssigkeit mehr abfliessen kann, und Versenkung in den Rückenmarkskanal;

3. feste Vereinigung der Muskeln und Fascien, womöglich mit Lappenbildung und Fixation an die Kanalöffnung, um ein Rezidiv zu verhüten;

4. Hautnaht.

Bei der Operation sind folgende Massregeln zu beachten:

1. Die Schnelligkeit des Vorgehens und Vermeidung der Abkühlung des Neugeborenen;

2. Vermeidung der Verletzung von Nerven, die der Innenseite des Sacks anliegen;

3. dichter Verschluss des Rückenmark-Kanals.

Von den 24 Kindern starben 9 innerhalb der ersten 3 Wochen nach der Operation (ein Prozentsatz der Mortalität, wie er etwa auch dem der übrigen Autoren entspricht, 30—40 Prozent). Dabei


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ist aber zu berücksichtigen, dass nicht alle Todesfälle auf Rechnung der Operation zu setzen sind (Hydrozephalus, Krämpfe, Darmaffektionen). — Man könnte daran denken, erst in späteren Lebensjahren zu operieren, aber die Erfahrung zeigt, dass nur wenige Individuen unoperiert das 1. Jahr überleben. Nach dem Bericht der London Clinical Society starben von 649 Kindern mit Spina bifida 612. Als Zeit der Operation werden die ersten 2—3 Lebenswochen angegeben.

Kontraindikation für die Operation sind:

1. Hydrozephalus,

2. Lähmungen, oder das Vorhandensein von vielem Nervenmaterial im Sack,

3. andere Deformitäten,

4. ein sehr grosser Tumor mit breiter Oeffnung des Rückenmark-Kanals.

Ewald - Hamburg.

38) **Chalier** (Lyon). La scoliose d'origine tuberculeuse.

Lyon médical 1907, Nr. 45, pag. 777.

Wir haben bereits über die Hypothese von Poncet berichtet, der die sog. habituellen Deformitäten nicht mit einer Form der Spätrachitis in ätiologischen Zusammenhang bringen will, sondern auf eine entzündliche Knochenerkrankung, meist eine milde verlaufende Tuberkulose zurückführt.

Ch. beschreibt 2 Beobachtungen: In der Jugend Erscheinen einer Kypho-Skoliose, später Auftreten multipler Tuberkulose innerer Organe (Pleura, Peritoneum, Lungen) und an Gelenken.

Die Hypothese wie der vorliegende Fundamentierungsversuch derselben sind gleich gewagt.

Vulpius-Heidelberg.

39) **Dervaux.** Mal de Pott et accidents du travail.

La médic. des accidents du travail. Tome VI, Nr. 1.

Dervaux beleuchtet in der Einleitung seiner Arbeit die grosse Schwierigkeit, die eine sichere Diagnose der tuberkulösen Wirbelsäulenentzündung besonders beim Erwachsenen macht. Trotz ausgedehnter Wirbelzerstörung und enormer Abszesse tritt keine Gibbosität ein, die subjektiven Symptome sind ungewiss und wechselnd und der Kranke arbeitet häufig schwer, bis ihn eine Katastrophe ganz plötzlich aufs Krankenbett wirft. Referent erinnert sich, die Sektion eines an Pneumonie verstorbenen Maurers gemacht zu haben, der bis zur Aufnahme ins Krankenhaus voll erwerbsfähig war, und trotzdem fand sich bei ihm ein langgestreckter, schlauchförmiger Senkungsabszess, der von



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einem fast völlig zerstörten mittleren Brustwirbel bis ins Becken herabzog. Auch Dervaux hat derartige Beobachtungen gemacht und weist darauf hin, wie wichtig die Kenntnis einer solchen Möglichkeit für die Unfallheilkunde ist, da ja ein Unfallverletzter, der an einer latenten Spondylitis leidet, sei sie nun scheinbar geheilt oder überhaupt noch nicht behandelt, viel schwereren Gefahren durch einen Betriebsunfall ausgesetzt ist, als ein Gesunder. In einem seiner Fälle war ein Lastträger plötzlich tot zusammengebrochen, als er mit Hülfe eines andern einen schweren Sack auf die Schultern genommen hatte. Die Autopsie deckte eine Zerquetschung des Markes durch den kariösen Zahn des Epistropheus auf. Ebenfalls erst die Sektion zeigte in einem zweiten Fall, der mehrere Wochen nach einem leichten Trauma unter völlig unklaren Erscheinungen ad exitum gekommen war, dass eine Zerstörung des 5. Lenden- und der beiden ersten Kreuzbeinwirbel, sowie ein grosser Senkungsabszess vorlagen, also ein schwerer, sicher mehrere Monate alter Prozess.

Es geht daraus hervor, dass eine schwere Spondylitis tuberculosa unter Umständen neben voller Arbeitsfähigkeit bestehen kann. Sie kann eine Reihe unklarer Beschwerden verursachen, die den Versicherten mangels jeder erkennbaren Ursache in den Verdacht der Simulation bringen. Kommt ein Betriebsunfall hinzu, so ist die Beurteilung seiner Folgen häufig recht schwierig. Nach unserer deutschen Gesetzgebung dürfte wohl stets der nach dem Unfall vorhandene Zustand (sei es ein bestimmter Grad der Erwerbsunfähigkeit oder der Tod) in vollem Umfang zu entschädigen sein, auch wenn nachgewiesen wird, dass die Spondylitis schon vorher bestanden hat, und wenn mit Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann, dass die Folgen bei einem Gesunden weniger schwere gewesen wären. **Rauenbusch**-Heidelberg.

40) **T. H. Myers** (New-York). Typhoid Spine with especial reference to the deformity.

American journal of orthop. surg. 1907, 2. p. 180.

Nach M.'s Ansicht kommt die typhöse Entzündung der Wirbelsäule öfter vor als man gemeinhin glaubt, und wird in ihrer Gefährlichkeit gewöhnlich unterschätzt. M. kann zwei Beobachtungen mitteilen.

Im ersten Fall waren vier Wochen, nachdem der Patient Typhus überstanden hatte, Schmerzen im Kreuz aufgetreten. Es war ein grosser Gipsverband gemacht worden, der unter oftmaligem Wechsel (wegen Decubitus!) drei Monate getragen wurde und grosse Erleichterung verschaffte. Schon damals konnte man eine Kyphose



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

des zweiten Lendenwirbels konstatieren, sowie Steifigkeit des ganzen Wirbelsäulenabschnitts. Alles dies war noch nach 3 Jahren festzustellen, ein Röntgenbild ergab ausserdem eine Synostose zwischen 2. und 3. Lendenwirbel.

Eine zweite Patientin bekam schon 8 Tage nach Beginn der typhösen Erscheinungen Schmerzen in der unteren Brust- und oberen Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlungen in den Seiten. Da im Laufe einiger Wochen eine starke Kyphose des 10., 11. und 12. Brustwirbels auftrat, wurde in Suspension ein Gipsverband angelegt, der aber einen mächtigen Decubitus an der Stelle der Kyphose verursachte, so dass der Pat. die grössten Schmerzen auszuhalten hatte. Daher wurde nach einer längeren Liegekur ein Geradehalter angefertigt, den die Pat. viele Monate lang trug. Die Kyphose verschwand ganz allmählich, die Pat. lernte wieder laufen und verlor völlig ihre Beschwerden. Auch hier zeigte das Röntgenbild eine Synostose des 11. und 12. Brustwirbels.

Bericht über 20 aus der Literatur gesammelte Fälle von Spondylitis typhosa mit Kyphosenbildung. **Ewald** - Hamburg.

41) **David Silver** (Pittsburgh). Typhoid spine: report of a case with radiographic evidence of structural change; analysis of the reported cases; complete bibliography.
American journal of orthop. surg. 1907, 2. p. 194.

Ein 18jähriger Mann bekam 10 Wochen nach Ausbruch eines Typhus Schmerzen im Rücken und in der linken Seite, die sich immer mehr steigerten, so dass er schliesslich nicht mehr das Bett verlassen konnte. Es wurde ein grosser Gipsverband angelegt. Ein Röntgenbild zeigt den Sitz der Erkrankung am 1. und 2. Lendenwirbel, die Intevertebralscheibe ist verschwunden, dafür sieht man einen dichten Schatten zwischen beiden Knochen. Nach 5 Monaten keine Beschwerden mehr, der Mann kann wieder seiner Arbeit nachgehen. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule ist frei, die Prominenz ist verringert. Das Röntgenbild zeigt jetzt einen hellen Spalt an der Stelle der Intervertebralscheibe. Nach 53 Fällen, die er in der Literatur gefunden hat, kann S. folgende Bemerkungen der Besprechung seines Falls anfügen:

Alter der erkrankten Individuen 15—48 Jahre, 45 männliche, 8 weibliche.

Beginn der Wirbelerkrankung meist einen Monat nach Beendigung des Typhus selbst.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Symptome:

Schmerzen im Rücken konstant, meist in der Lendenwirbelsäule, aber auch ausstrahlend.

Schwellung und Rötung, sowie Steifigkeit des Wirbelsäulenabschnitts in einem Viertel aller Fälle, ebenso eine deutliche Kyphose. In $^1/_5$ der Fälle auch Sensibilitäts- und Mobilitätsstörungen (Spasmen, Kontrakturen, Reflexsteigerungen).

Geheilt wurden von den 53 Patienten 39 (bei den anderen war die Behandlung noch nicht abgeschlossen, oder es war nichts bemerkt).

Die Behandlung bestand in Immobilisation mittels Gipsbett oder -Verband oder Korsett. — Ausführliche Literaturangabe.

Ewald-Hamburg.

42) **Gibney** (New York). The treatment of the typhoid Spine.

New York medical journal, 20. IV. 07.

G. bespricht zuerst die pathologischen Grundlagen der Spondylitis typhosa, Ostitis bezw. Osteoarthritis, Periostitis und Entzündung der Bänder. Als Beispiel für die seltene Monarthritis typhosa wird ein Fall von Coxitis typhosa kurz beschrieben.

Er geht sodann auf das klinische Bild der Erkrankung ein und zeigt an einem Beispiel, dass das Trauma eine schwerwiegende begünstigende Bedeutung hat. Bezüglich der Symptomatologie verweist er auf bekannte Arbeiten.

Die Behandlung besteht in Ruhigstellung, wozu er die Apparate von Knight oder Taylor lieber als das Gipskorsett benutzt, in ausgiebiger Anwendung der Kauterisation alle 8 oder 14 Tage und später nach Verschwinden der Schmerzen in Massage und Gymnastik.

Rauenbusch-Heidelberg.

43) **Vivier** (Paris). Traitement de la fracture sus-condylienne de l'humérus chez l'enfant.

La Presse médicale. 1908, Nr. 7. p. 49.

Der epikondyläre Bruch des unteren Humerusendes gehört zu den häufigen Verletzungen des Kindesalters und wird hauptsächlich durch einen Fall auf den Ellbogen hervorgerufen. Von der richtigen Behandlung desselben hängt hauptsächlich die Funktionsfähigkeit des Gelenkes ab. Wird dieselbe nicht in zweckentsprechender Weise durchgeführt, so gelangen die Frakturteile nicht in guten Kontakt und die Heilung kommt derart zu Stande, dass das untere Bruchfragment nach rückwärts gerückt ist, während der Humerus nach



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vorne verschoben wird und hierdurch wohl eine Streckung des Armes, nicht aber eine Beugung über den rechten Winkel möglich ist. Um dem entgegenzuarbeiten, legt V. den Gipsverband bei den betreffenden Armbrüchen bei starker Beugestellung des Vorderarmes an. Durch Hyperextension werden die Fragmente einander genähert, dann durch starke Beugung und direkten Druck adaptiert. In dieser Stellung wird ein Gipsverband angelegt und in der Ellbogenbeuge ein ziemlich grosses Fenster, welches hauptsächlich auf die Beugefläche des Oberarmes sich erstreckt, ausgeschnitten. Hier wird durch nach und nach an Zahl immer vermehrte Watteschichten und einige Bindentouren über denselben eine Kompression auf das untere Humerusende ausgeübt und so dasselbe nach hinten gedrängt. Nach 15 Tagen wird der bis dahin locker gewordene Verband abgenommen und ein frischer, gut anliegender gemacht. Nach weiteren 15 Tagen wird mit Massage, passiven und aktiven Bewegungen begonnen. Auf diese Weise sind bei den in Rede stehenden Frakturen die besten Resultate zu erzielen. Doch kann nicht geleugnet werden, dass es gerade die Brüche der Ellbogengegend sind, die eine lange andauernde Steifigkeit des Gelenkes nach sich ziehen, und dass es praktisch von Wichtigkeit ist, eine reservierte Prognose mit Bezug auf die Wiedererlangung der normalen Beweglichkeit zu stellen.

E. Toff-Braila.

44) **Ashhurst.** Ganglion in the flexure of the elbow.

Univ. of Penna Medic. Bull. March-April 1907. S. 20.

Kasuistischer Beitrag der Ganglien in der Ellenbogenbeuge, die erst relativ selten beschrieben sind. Die Beschwerden waren nur gering und bestanden in einem tauben Gefühl und Schwäche der Hand. Bei der Operation fand sich das mit klarem Serum gefüllte Ganglion der Bizepssehne dicht adhärent und war mit einem Stiel an der tuberositas radii befestigt. Differentialdiagnostisch wäre ein Aneurysma, ein Abszess, ein Lipom, ein Atherom oder eine Exostose in Betracht gekommen. Doch waren diese Möglichkeiten durch die Beschaffenheit des Ganglion a priori auszuschliessen gewesen.

Meyer-Heidelberg.

45) **P. Ewald** (Hamburg). Zur Aetiologie der Madelungschen Deformität.

Archiv für klin. Chirurgie. Bd. 84, H. 4. Pag. 1099.

Nach einem kurzen Ueberblick über das Wesen und die Entstehungsursachen der Madelungschen Handdeformität beschreibt E.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einen in der Vulpiusschen Klinik beobachteten Fall, der als Beitrag zur Aetiologie der Deformität gelten kann. Es handelt sich um einen jungen Mann, der auf die stark volar flektierte und ulnar abduzierte Hand gestürzt war. Sofort nach dem Trauma bot die Hand ein der Madelungschen Deformität analoges Bild.

Röntgenbild: Die ulnare Hälfte der distalen Radiusepiphyse ist in die Diaphyse hineingedrückt; dadurch ist die Epiphysenlinie in diesem Bezirk völlig zum Schwinden gebracht. Die Ulnaepiphyse ist aus der Verbindung mit dem Karpus noch dorsal herausgetreten. Die proximale Karpalreihe stellt ein keilähnliches Gebilde dar mit dem Lunatum als Scheitel. Es wurde eine schräge Osteotomie des Radius vorgenommen, die aber nach drei Wochen ein Rezidiv lieferte.

Von den verschiedenen therapeutischen Massnahmen (Massage, Verbände, Apparate etc.) scheint das operative Vorgehen, die Osteotomie der Radiusepiphyse, die meisten Erfolge verzeichnen zu können. Aber auch sie hat bisweilen Rezidive im Gefolge.

Bei E.'s Fall ist der Mechanismus der Verletzung so zu erklären, dass die proximale Karpalreihe mit dem Os lunatum voran gegen die Radiusepiphyse drückte und eine Kompressionsfraktur der ulnaren Hälfte derselben erzeugte. Das vorrückende Os lunatum drängte die Ulna vom Radius ab.

Die Berechtigung, dieses momentan entstandene Krankheitsbild Madelungsche Deformität zu nennen, kann zwar bestritten werden, jedenfalls ist aber durch einen traumatischen Einfluss, der eine Schädigung des Epiphysenknorpels setzte, ein der Madelungschen Deformität ganz analoges Bild erzeugt worden.

Stoffel-Heidelberg.

46) **Kr. Poulsen** (Kopenhagen). Luxatio ossis lunati.

Archiv für klin. Chirurgie. Bd. 83, Heft 3. Pag. 801.

Bisher sind 75 Luxationen des Mondbeins bekannt. Davon stellen 53 (9 offene) isolierte Luxationen dar, der Rest ist mit Fraktur oder Luxation des Naviculare kompliziert. Das Mondbein luxiert immer nach der Volarseite des Handgelenks. Die Luxation kommt bei stark dorsalflektierter Hand durch einen Stoss gegen die Vola manus (Fall auf dieselbe etc.) zustande. Die Ansichten über den Mechanismus der Luxation sind noch sehr geteilt. Allen Theorien ist der Druck auf das Lunatum, einerseits vom Capitatum, andererseits vom Radius gemeinsam. Es ist aber schwer zu entscheiden, ob der distale oder proximale Druck das Mondbein aus


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

seiner Lage herausdrängt. Dass Luxationen des Mondbeins viel häufiger als Frakturen sind (also umgekehrt wie beim Naviculare), ist dadurch bedingt, dass die das Lunatum fixierenden Bänder, sowohl die dorsalen als auch die volaren, bei starker Dorsalflexion der Hand relativ leicht rupturieren. Aus der so entstandenen Lücke schlüpft das Mondbein heraus.

Die Symptome einer Luxation sind: mangelhafte oder ganz unmögliche Volarflexion, beschränkte Dorsalflexion, mangelhafter Faustschluss, Schmerzen im Handgelenk, die in den Arm ausstrahlen, event. Parese des Medianus, der fühlbare harte Vorsprung auf der Volarseite unmittelbar distal des Radius. Eine Lunatum - Luxation wurde schon öfters mit einer Radiusfraktur verwechselt. Sehr wichtig ist bei der Röntgendurchleuchtung das Seitenbild der Hand.

Unblutige Repositionen wurden schon mehrmals mit gutem Resultat ausgeführt. Man soll unter ständiger Traktion erst eine Dorsalflexion, darnach bei gleichzeitigem Druck auf das Lunatum eine Volarflexion vornehmen. Gelingt dies nicht, so kann man bei frischen Fällen nach Freilegung des Knochens die Reposition versuchen. Meistens wird man aber, namentlich in veralteten Fällen, die Exstirpation der Reposition vorziehen. P. ist bei den drei von ihm beobachteten Fällen, deren Krankengeschichten er bringt, zweimal wegen Schmerzen und mangelhafter Funktion der Hand operativ vorgegangen. Er wählte einen 3 cm langen volaren Längsschnitt zwischen Flexor carpi radialis und Palmaris longus. Hält man sich ulnarwärts vom Medianus, so muss man sich zwischen den Sehnen der Fingerflexoren durcharbeiten, hält man sich radialwärts, so dringt man zwischen diesen Sehnen und der des Flexor pollicis longus in die Tiefe. Die Endresultate waren gut. **Stoffel** - Heidelberg.

47) **R. Bellantoni.** Autodermic Grafting of the Hand for Deforming cicatrix.

New-York medic. Journ. 28. Sept. 07. S. 578.

Mitteilung eines Falles von starker narbiger Kontraktur des rechten Goldfingers bei einem 5 jähr. Kinde, das sich im Alter von 3 Monaten eine schwere Verbrennung der Palmarfläche zugezogen hat. Der Finger lag vollkommen fest in die Hohlhand eingezogen. Verf. ging in der Weise vor, dass er die Narbe, die bis auf die Fingersehne und die Palmaraponeurose hinabging, exzidierte und zwei Hautstückchen aus dem Arm derselben Seite auf die Wundfläche transplantierte. Die Vereinigungsstelle der Hautstückchen entsprach der Linie des Metakarpophalangealgelenks. Die Nach-



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

behandlung bestand in Extension und später Massage. Vollkommene Gebrauchsfähigkeit des Fingers und der Hand wurde erreicht.

Meyer-Heidelberg.

48) **Broca** (Paris). Exostose sous-unguéale du médius droit (Subunguale Exostose am Mittelfinger).

Revue d'orthop. 1907, 6. P. 607.

Die subungualen Exostosen — am häufigsten an der grossen Zehe beobachtet — gehen von dem distalen Ende der letzten Fingerphalanx aus, sind unregelmässig, röntgenographisch gut nachzuweisen, sind mit Knorpel bedeckt und machen die Fingerkuppe äusserst empfindlich, so dass wegen der Beschwerden oft Exstirpation der Exostose nötig wird. **Ewald**-Hamburg.

49) **Bilhaut.** Brachydactylie et Syndactylie membraneuse chez un enfant de 5 ans. Traitement chirurgical de la Syndactylie par le procédé de Didot et par l'incision simple.

Ann. de Chir. et d'Orthop. Tome XX. Nr. 12.

Bilhaut hat in einem Fall von Syndaktylie des zweiten, dritten und vierten Fingers den zweiten und dritten nach der bekannten Methode von Didot operiert Um auch die Trennung des dritten vom vierten in derselben Sitzung ausführen zu können, hat er die Hautbrücke zwischen diesen einfach lineär durchtrennt, die Haut durch Entfernung des reichlichen subkutanen Gewebes mobilisiert und entspannt und die entsprechenden Wundränder aufs Sorgfältigste bis in die Kommissur hinein vernäht. Er empfiehlt dies Verfahren als einfach und völlig ausreichend, da bei der Sicherheit einer glatten, aseptischen Heilung die früher begründete Furcht vor einer Wiederverwachsung völlig unbegründet sei. **Rauenbusch**-Heidelberg.

50) **A. von Luzenberger.** A case of Hexadactylia. A Skiagraphic Contribution to the Study of Congenital Malformations.

Archives of the Roentgen Ray. Nr. 84.

Das Röntgenbild zeigt einen überzähligen Daumen, der das 13jähr. Mädchen erst zu der Zeit störte, als sie in eine Fabrik zur Arbeit gehen wollte.

Man sieht einen Metatarsalknochen mit einer langen, bogenförmig gekrümmten Epiphyse Mit dieser artikulieren 2 Reihen von Phalangen, von denen je die erste Phalange divergierend, die zweite einander convergierend gerichtet ist. In der Artikulation zwischen den Phalangen besteht beiderseits eine seitliche Verschiebung.



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Da die Missbildung nur einseitig ist und sonst keine derartigen Fälle in der Familie vorkommen, fasst Verf. den Fall als embryonale Variation und nicht als Vererbung auf. In letzterem Falle müsste nach Pryors Meinung die Deformität doppelseitig und symmetrisch sein.

Nach Verf.'s Ansicht unterstützt das Röntgenbild auch die Meinung der modernen Anatomen, dass der Daumen aus Metakarpalknochen und Phalangen und nicht nur aus drei Phalangen besteht, da die Bildung des Daumens und des Metakarpalknochens dieselbe sei, wie die der übrigen Finger und die 2 Reihen Phalangen vollkommen denen normaler Fingerphalangen ähnelten.

Meyer-Heidelberg.

51) **Hall and Stover.** Base-Ball Fingers.

Archives of the Roentgen Ray. Nr. 84. July 1907.

Für die „base-ball"-Spieler charakteristisch ist eine Deformität, die als Subluxation der Endphalanx von einem oder mehreren Fingern angesehen werden muss. Als ätiologisches Moment zum Zustandekommen dieser Deformität nehmen die Verf. wiederholtes Trauma durch fortgesetztes Spiel bei unvollkommener Heilung an, wenngleich auch Fälle vorkommen, bei denen es sich um einen Bruch der Gelenkfläche handelt.

Für die Deformität ist eine seitliche Verschiebung am typischsten. Vereinzelt ist im Röntgenbild auch eine proliferierende Periostitis an den Gelenken sichtbar in Gestalt von Verdickungen. Die schlimmsten Fälle des Leidens sind bei denjenigen Patienten, die zu einer Zeit spielten, wo man noch keine Schutzhandschuhe beim Spiel trug und die besonders die Rolle des „Catcher" hatten.

Differentialdiagnostisch kommt Arthritis deformans in Betracht. Doch sind die Veränderungen der Base-Ball-Finger auf das Endgelenk beschränkt, die periostale Verdickung ist scharf lokalisiert, die sonstige normale Beschaffenheit der übrigen Gelenke spricht gegen Arthritis deformans, ebenso das Fehlen der Atrophie.

Die beigegebenen Röntgenogramme veranschaulichen die Deformität. Von einer Behandlung versprechen sich die Verfasser keinen Erfolg.

Meyer-Heidelberg.

52) **Jouon** (Nantes). Arrêt de développement du membre inférieur et luxation congénitale de la hanche.

Revue d'orthop. 1907, 6. p. 609.

Mädchen von 9 Jahren, bei dessen Geburt man bereits eine Verkürzung des linken Beines bemerkte. Jetzt ist eine Längen-


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

differenz der Beine von 2,6 cm zu konstatieren, die nur den Oberschenkel betrifft. Ausserdem liegt eine angeborene Hüftluxation vor, ferner ein Schlottergelenk im Knie und ein pes valgus, der jedoch nicht durch ein Fehlen der Fibula bedingt ist; diese ist vielmehr vorhanden, wenn auch sehr gracil.

Ein zweiter ähnlicher Fall, der ein Mädchen von 7 Wochen betraf, wird im Anschluss daran kurz beschrieben.

Ewald-Hamburg.

53) **J. Torrance Rugh** (Philadelphia). Report of a case of congenital dislocation of the hip in a girl past twelve years of age. Successful reduction by the Lorenz method.

Americ. journ. of orth. surg. 1907, 2. p. 219.

Mädchen mit rechtsseitiger Hüftverrenkung. Kopf hoch an der Crista ilei, hinten. Nach dem Röntgenbild ist der Hals gut, der Kopf unvollkommen, die Pfanne flach. In Narkose zunächst Herunterziehen des Kopfes mit der Lorenzschen Schlinge, dann Reposition, die gelang. Gipsverband in starker Abduktion und Hyperextension. 5 Verbände, immer in einem Zwischenraum von 2 Monaten, allmählich Verminderung der Abduktion. Umherlaufen. Resultat sehr gut, nach drei Monaten fast freie Beweglichkeit und normaler Gang. **Ewald**-Hamburg.

54) **Derscheid-Delcourt** (Bruxelles). Le traitement de la luxation congénitale de la hanche par la réduction manuelle.

La Presse médicale belge 1907. Nr. 46, pag. 1091.

Verf. reponiert die Hüftluxation manuell ohne vorausgeschickte Extension. Der erste Verband fixiert 2—6 Wochen in Abduktion und Aussenrotation. Dann wird in Narkose Innenrotation bei starker Abduktion herbeigeführt, der Verband bleibt nun 3—4 Monate liegen, ebensolange der Patient. Von nun an wird das Bein rasch etappenweise adduziert, die Gehübungen beginnen. Verf. berichten von sehr günstigen Resultaten. **Vulpius**-Heidelberg.

55) **Pahl** (Los Angeles). Symptoms and diagnosis of hip-joint disease.

California State Journal of Medecine Vol. V, Nr. 6, pag. 139.

In der frühesten Kindheit kommt nach P. tuberkulöse Coxitis so gut wie gar nicht vor, die Entzündung ist dann vielmehr gonorrhoischer Natur oder durch den Pneumococcus, Bacterium coli, Streptococcus etc. verursacht, eventuell auch syphilitischen Ursprungs.


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Beschreibung der Kontrakturen bei tuberkulöser Coxitis und ihrer Wirkung auf scheinbare Verlängerung oder Verkürzung des Beines bietet nichts neues. **Vulpius**-Heidelberg.

56) **N. Allison** (St. Louis). Report of a case of acquired Coxa valga.

Americ. journ. of orth. surg. 1907, 2. p. 228.

Der 10jährige Junge ist vor 5 Jahren auf die rechte Hüfte gefallen, wonach er einige Wochen lange Schmerzen hatte, dann aber nie Beschwerden. Das rechte Bein ist verlängert, um 60° abduziert, um 20° flektiert, und um 90° nach aussen rotiert. Alle Bewegungen sind behindert. Der rechte Trochanter steht tiefer, nach hinten und ist schwer zu palpieren. Das Röntgenbild zeigt starke Coxa valgastellung (Schenkelhalswinkel 164°, links 125°).

Behandlung: Subtrochantere Osteotomie; Gipsverband bei einwärts rotiertem, adduziertem und gestrecktem Bein (6 Wochen). Danach ist die Länge beider Beine gleich, der Schenkelhalswinkel beträgt rechts 140°, und die Abduktionsstellung ist verschwunden. Der Gang zeigt keine Besonderheiten mehr. **Ewald**-Hamburg.

57) **Lilienthal.** Tuberculosis of the Bones and Joints of the Lower Extremity.

New-York Medical Journal. 28. Dez. 1907. S. 1200.

Für den Beginn der tuberkulösen Erkrankung der unteren Extremitäten sind konservativ-orthopädische Massnahmen die Hauptsache: Ruhe und Verhütung von Deformitäten neben allgemeinen hygienisch-diätetischen Massnahmen. Schreitet trotzdem die Erkrankung weiter, dann sind energische chirurgische Massnahmen am Platze. Bei Kindern kommt man mit Drainage und Auskratzungen nach Ansicht Verf.'s in den meisten Fällen zum Ziele. Die Epiphyse ist natürlich bei Kindern möglichst zu schonen.

Im vorgeschrittenen Alter geben Resektionen glänzende Resultate. Für die Tuberkulose der oberen Extremität will Verf. nur chirurgische Massnahmen ergreifen, und zwar sobald die Diagnose, die durch das Röntgenbild kaum noch Schwierigkeiten bereitet, gesichert ist, soll der Krankheitsherd möglichst noch im Gesunden eliminiert werden.

Bei tuberkulös-osteomyelitischen Erkrankungen in der Nähe der Gelenke soll möglichst vorsichtig operiert werden, damit kein Durchbruch in das bis dahin gesunde Gelenk stattfindet. In hartnäckigen Fällen, wo nach Ausmeisselung die Knochenhöhle sich

Generated on 2019-06-08 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

nicht regenerieren will, füllt Verf. dieselbe mit Jodoformwachs, nach Art von Mosetig-Moorhof, aus.

Ueber den Wert der Bierschen Hyperämiebehandlung scheint Verf. nur wenig Erfahrung zu besitzen. Er will sie nur in Verbindung mit anderen Massnahmen angewendet wissen und verspricht sich mehr Erfolg davon bei Behandlung der oberen Extremität als der der unteren.

Auch durch die Freiluftbehandlung ist wohl ein grosser Heilschatz in der Bekämpfung der Knochen und Gelenktuberkulose erworben, doch darf auf keinen Fall dio chirurgisch-orthopädische Behandlung deshalb vernachlässigt werden. **Meyer**-Heidelberg.

58) **W. Respinger.** Ueber Ischiasbehandlung. Sitzung der medizinischen Gesellschaft Basel, 21. März 1907.

Korrespondenzbl. für Schweizer Aerzte. 1907. Nr. 11.

Ischias ist für physikalisch-therapeutische Methoden besonders gut zugänglich. Genuine Neuralgie ist von sekundären Zuständen zu trennen. Chemische Heilmittel sind nur adjuvantes der physikalischen Methoden.

Dauernde Wärme - Applikationen sind in den ersten Stadien zu empfehlen, besonders Glühlichtbäder. Douchen unter gleicher oder wechselnder Temperatur appliziert (12—45 °) eignen sich ebenfalls zur Verwendung bei noch starkem Reiz - Zustande. Bäder wirken durch die Wärme und den sogenannten Auftrieb des Wassers. Für Schwitz - Prozeduren ist das Lichtbad zu empfehlen.

Mechano-therapeutisch wirken im negativen Sinne die fixierenden Verbände. Bewegungs - Therapie geht von der als Nervendehnung bezeichneten Bewegung aus. Bewegungs - Bäder sind schon früh anwendbar, Massage im Anfang als Vibration, später mit energischeren Manipulationen.

Elektro - therapeutisch sind die Schmerzpunkte stabil oder der ganze Nerv labil mit der Anode zu behandeln.

Von 46 behandelten Patienten sind 29 sicher geheilt, 13 gebessert, 4 nicht gebessert.

In der Diskussion wurde auf rheumatische Muskelinfiltrate der tiefen Glutaeal - Muskulatur als ursächliche Momente hingewiesen, für welche der Votant allerdings keine pathologisch - anatomischen Befunde, sondern nur die klinische Beobachtung und die Analogie mit serösen Durchtränkungen bei oberflächlichen Muskeln angeben kann. **Wilhelm Schulthess** - Zürich.



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

59) **H. Löhrer** (Giessen). Beitrag zur Pathologie der Fettgewebswucherungen im Kniegelenk.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Band 90, H. 4—6. Pag. 498.

Bei einer Frau, die seit längerer Zeit über anfallsweise einsetzende Schmerzen im linken Kniegelenk, Einklemmungs-Erscheinungen und zeitweilig auftretende Funktionsstörungen klagte, fand sich bei der Operation eine Kombination der entzündlich fibrösen Fettgewebshyperplasie mit dem isolierten solitären Lipom. Die entzündliche, derb elastische Wucherung hatte die Grösse eines Hühnereis und lag unter und zu beiden Seiten des Ligamentum patellae proprium. Das Lipom ragte als eine weiche, gelbe, lappige Geschwulst von Pflaumengrösse von der Aussenseite der lateralen Gelenkskapselfläche durch einen Spalt in der Synovialis in das Gelenkinnere hinein. Beide Fettmassen wurden exstirpiert. Gutes Endresultat.

Mikroskopisch boten die beiden Fettklumpen starke Unterschiede dar, während das Lipoma, die gestielte Geschwulst, das typische Bild des Fettgewebes zeigte, standen in der unter dem Lig. pat. gelegenen Wucherung die Bilder der Entzündung in den verschiedenen Stadien im Vordergrund der Erscheinung. Fettzellen fanden sich nur vereinzelt.

Das gestielte Lipom ist nach König entstanden, indem es von einem paraartikulären Fettlager des Knies seinen Ausgangspunkt nahm und durch die Synovialis hindurch in das Gelenkinnere hineindrängte.

Die Frage, ob beide Prozesse in Korrelation mit einander stehen, liesse sich vielleicht so beantworten, dass durch das frei in das Gelenk pendelnde Lipom ein chronischer Reiz in dem Gelenk gesetzt wurde, der als chronisches inneres Trauma auf das Fettgewebe einwirkte und dessen Entzündung verursachte.

Stoffel-Heidelberg.

60) **Winkelmann.** Ueber subpatellare Lipome.

Dissertation. Kiel, 1907.

Verf. geht zunächst auf die Lipome im allgemeinen ein, bespricht dann die Aetiologie und Lokalisation derselben, wie sie speziell im Kniegelenk vorkommen unter Berücksichtigung der diesbezüglichen Litteratur, namentlich der Hoffaschen Arbeiten und bringt im Anschluss hieran die Krankengeschichten dreier derartiger Fälle, die in allen wesentlichen Punkten mit den Hoffaschen vollkommen übereinstimmen, so dass es sich wohl erübrigt, noch näher darauf einzugehen. W. ist



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auch ein Anhänger des operativen Verfahrens; er hält die von Hoffa empfohlene partielle Arthrektomie für das rascheste und sicherste Heilverfahren. **Blencke-Magdeburg.**

61) **A. Kirchner** (Göttingen.) Zur Frage der juvenilen Frakturen der Tuberositas tibiae, Tuberositas navicularis und des Tuber calcanei.

Arch. f. Klin. Chirurg. Bd. 84, H. 3, Pag. 898.

K. greift die über Fraktur des Epiphysenkerns des Kalkaneus handelnde Arbeit Haglunds (Arch. f. klin. Chir., Bd. 82, Heft 3) an, indem er behauptet, dass das, was H. als Frakturlinien deutete, Erscheinungen bei dem physiologischen Verknöcherungsmodus der Kalkaneusepiphyse seien. Die Kalkaneusepiphyse kann aus 3 Kernen ossifizieren, von denen uns der eine an der Stelle des Ansatzes der Achillessehne, der andere an der Stelle, wo die Ferse beim Gehen den Boden berührt, interessieren. Beide Kerne werden durch eine gezackte, zum Teil klaffende Naht voneinander getrennt. Gegen eine Fraktur sprechen ferner der Mangel jeglicher Verschiebung und das klinische Bild (nur geringe Beschwerden).

Dass es sich bei der von H. beschriebenen Fraktur der Tuberositas navicularis pedis um das Vorhandensein eines Tibiale externum handelt, ist schon von anderer Seite erörtet worden. In solchen Fällen ist die Tuberositas oss. navicularis ungewöhnlich breit und kräftig und findet sich an normaler Stelle; das Tibiale externum sitzt ihrer hinteren Begrenzungsfläche auf. Klagen Patienten mit einem Tibiale externum über Plattfussbeschwerden, so ist die Gegend dieses accessorischen Knochens aus anatomischen Gründen besonders empfindlich.

Nach Pfitzner findet sich ein Tibiale externum in mindestens 10 %, beim Weibe fast doppelt so häufig als beim Manne.

Nicht alle Fälle, die Schlatter als Frakturen der Tuberositas tibiae deutete, sind als solche anzusehen. Auch bei völlig gesunden Individuen kann man auf dem Röntgenbild einen mehr oder weniger breiten Spalt zwischen dem schnabelförmigen Fortsatz und der Diaphyse sehen, wie denn überhaupt die Form der Tuberositas und das Bild ihrer Ossifikationsvorgänge sehr mannigfaltig sind. Etwas häufiger als die Fälle mit Abreissung der ganzen Tuberositas scheinen Fälle von Abreissung eines Teiles der unteren Spitze des Tuberositaskernes zu sein. Auf dem Röntgenbild hat das abgerissene Stück eine Dreiecksgestalt mit oberer Spitze und unterer Basis und ist nicht besonders disloziert.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Interessant sind die Leichenversuche **Osgoods**, der die Tuberositas, an welcher das Ligam. patellae haftete, abmeisselte und die seitlichen und distalen Verbindungen des Ligam. patellae durchtrennte. Trotzdem war der Gebrauch des Beines nur wenig gestört, wenn nur der Hülfsstreckapparat des Unterschenkels, der zu beiden Seiten des Ligam. patellae an der Tibia befestigt ist, erhalten blieb.

Neben den Abreissungen kommen auch entzündliche Zustände an der juvenilen Tuberositas vor, die in ihrem klinischen Bilde ersteren sehr ähneln, meistens aber nicht durch ein ausgesprochenes Trauma verursacht werden. Das Pendant hierzu bildet die bei Soldaten beobachtete Osteoperiostitis des Tibiaschaftes am Ursprunge des M. soleus, die auf starke Inanspruchnahme dieses Muskels zurückzuführen sind.

Wichtig ist zu wissen, dass das Bild, das die ossifizierende Tuberositas tibiae bietet, bei gesunden Menschen an beiden Knien ein verschiedenes sein kann, und dass die vordere obere Tibiaepiphyse bisweilen aus zwei Kernen ossifiziert. Desgleichen ist die Prominenz der Tuberositas eine ausserordentlich verschiedene.

Die entzündlichen Vorgänge an der Tuberositas tibiae bewirken sehr wahrscheinlich eine Beschleunigung der regelmässigen Ossifikation.

Stoffel-Heidelberg.

62) **A. Wertheim** (Warschau). Ein Fall von traumatischer Verrenkung des Fusses nach hinten.

Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 91, Heft 1—2. Pag. 186.

Ein kasuistischer Beitrag zur Luxatio pedis posterior mit Fraktur im distalen Drittel der Fibula. Ein Mann stürzte, während der rechte Fuss in einer Eisenbahnschiene festgehalten wurde, nach hinten; dabei stemmte der rechte Unterschenkel an den Rand des Perrons an. Der rechte Fussrücken war kürzer als der linke, die vordere Kante der Tibiaepiphyse sprang deutlich vor, die Ferse prominierte nach hinten. Das beigegebene Röntgenbild illustriert sehr schön die Verletzung. Die Reposition gelang durch starke Plantarflexion mit nachfolgender Dorsalflexion und Extension des Fusses in der Richtung der Zehen. Der angelegte Pappschienenverband blieb 8 Tage liegen, darnach Massage. Gutes Endresultat. Bereits nach 4 Wochen konnte der Pat. mit einem Stock umhergehen.

Stoffel - Heidelberg.

63) **Unverfehrt.** Ein Fall von doppelseitiger Schleimbeutelentzündung an der Ferse bei Exostosenbildung am Calcaneus.

Dissertation. Kiel 1907.

U. geht zunächst in kurzen Zügen auf die Bedeutung der


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schleimbeutel ein, bespricht sodann die normalen anatomischen Verhältnisse des in diesem Falle in Betracht kommenden Schleimbeutels und geht dann näher auf die Ursachen der Schleimbeutelerkrankungen ein, die, abgesehen von mechanischen Insulten, in Gonorrhoe, Tuberkulose, Lues, Rheumatismus und Influenza zu suchen sind. Der vorliegende Fall ist insofern interessant, als es sich um eine Exostosenbildung am Calcaneus handelte, die unbedingt für die chronische Entzündung des Schleimbeutels verantwortlich gemacht werden musste.

Blencke-Magdeburg.

64) **R. v. Heuss**. Versuche zur ambulanten Behandlung der Fussgeschwulst mit der elastischen Klebrollbinde.

Deutsche militärärztl. Zeitschrift vom 5. Januar 1908.

Nachdem es Momburg durch die Stauungshyperämie gelungen war, die Behandlung der Fussgeschwulst wesentlich abzukürzen und sie sogar im Revierdienst durchzuführen, wollte Verf. noch weiter gehen und die stationäre Behandlung in eine rein ambulante umwandeln, um die Dienstfähigkeit des betr. Kranken möglichst nicht zu beeinträchtigen. —

Ausgehend von den pathologisch anatomischen Ursachen der Fussgeschwulst, die in den weitaus meisten Fällen in der Fraktur eines Mittelfussknochens, seltener in einer Periostitis besteht, entstanden durch die bei Ermüdung der Unterschenkel- und Fussmuskulatur auftretende Veränderung der statischen Verhältnisse, war dem Verfasser der therapeutische Weg durch die Wiederherstellung der natürlichen Wölbung des Fusses und seines knöchernen Gerüstes sowie dessen durch die ermüdete Muskulatur verminderter Widerstandsfähigkeit vorgezeichnet.

Dieses Ziel erreicht Verf. durch ein energisches Zusammendrücken beider Fussränder nach unten, um dadurch den geschädigten Mittelfussknochen, die Quelle des Schmerzes, beim Abwickeln des Fusses möglichst auszuschalten, unter gleichzeitiger Krallenstellung der Zehen. Um den Fuss in dieser Stellung zu halten, bedient Verf. sich der elastischen Klebrollbinde (Schutzname Klebrobinde). Die Anlegung der Binde erfolgt bei Ueberkorrektur. Die genauere Technik ist im Original nachzulesen. Die Binde bleibt 3 Wochen liegen, während welcher Zeit die Kranken Dienst tun. Die mit dieser Behandlung erzielten Resultate fordern zur Nachprüfung auf.

Von 41 Fällen waren 19 sofort dienstfähig. Von den übrigen 22 Fällen, die im inneren Dienst verblieben, dauerte die durchschnittliche Behandlungszeit 3,7 Tage. Die Kontrolle mittels Röntgen-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

strahlen ergab keine Schädigung der Konsolidierung des gebrochenen Knochens, auch keine übermässige Kallusbildung. Jedenfalls empfiehlt sich bei Durchführung dieser Behandlung eine jedesmalige Kontrolle durch Durchleuchtung. **Meyer**-Heidelberg.

65) **Gutiérrez Plieto.** Un caso de Artritis tifica tarsometatarsiana del pie izquierdo.

Revist de Medic. y Cirug. pract. de Madrid. Nr. 999 v. 21. X. 07.

30jähriger Kranker mit einer hochgradigen Schwellung des linken Fussgelenkes; es sind 3 Fisteln vorhanden, die dicken grünen Eiter absondern. Die Bewegungen im Gelenk sind ausführbar, aber sehr schmerzhaft. Dem Kranken war von 4 verschiedenen Chirurgen die Amputation wegen Tuberkulose vorgeschlagen worden. P. stellte Lymphdrüsenschwellungen in der Leistengegend fest, fand dauernde Temperatursteigerung und erfuhr, dass die jetzige Erkrankung ca. 1 Jahr vorher begonnen hatte, nachdem der Pat. eben einen Typhus durchgemacht hatte. Er stellte daher die Diagnose auf eine typhöse Gelenkerkrankung; die Behandlung bestand in Bädern, Einspritzungen von Jodoform-Aether (1 : 10), Diät und innerlich Jodkali. Der Kranke genas in kurzer Zeit. P. warnt davor, jede an Tb. erinnernde Gelenkerkrankung ohne weiteres für tuberkulös zu erklären und mahnt, nie zu vergessen, dass die Tuberkulose zwar die häufigste der chronischen Gelenkerkrankungen ist, bei weitem aber nicht die einzige. **Stein**-Wiesbaden.

Kongressberichte, Vereinsnachrichten etc.

IV. Kongress der italienischen Gesellschaft für Orthopädie zu Bologna 15. Oktober 1907.

(Fortsetzung aus Heft 3.)

De Francesco (Giusano). Verwertung eines alten Amputationsstumpfes am Vorderarm mittelst plastischer Resektion nach Vanghetti (Keulenmethode).

Redner ist es gelungen, nach den Vorschriften Vanghettis einen Vorderarmstumpf, die Folge einer 5 Jahre zuvor infolge eines schweren Traumas an der Hand vorgenommenen Amputation, zu verwerten. Durch Längsinzisionen resezierte er ca. 5 cm von Radius und Ulna, wobei er am Ende des Stumpfes zwei Knochenstückchen



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

von ungefähr $1^1/_2$ cm Länge beliess. Die resezierten Enden überkleidete er sorgfältig mit Periost, dabei die Membrana interossea schonend, um nicht die zum Funktionsvermögen der Muskeln notwendigen Nerven- und Blutbahnen zu verletzen. Wenige Monate nach der Operation erzielte er einen plastischen Motor, welcher sich um 2 cm mit einer Kraft von zwei Kilogramm kontrahieren konnte. Die Exkursion nahm mit der Übung bis zu 3 cm unter Hebung eines Gewichtes von 4 Kilogramm zu. Nach einiger Zeit jedoch bemerkte Redner, dass die beiden abgetrennten Knochenstückchen sich wieder mit den Mutterknochen zu vereinigen strebten. Er griff von neuem ein, indem er eine Metallschlinge in das Marklumen eines der Knöchelchen einführte und einen Zug direkt auf die Schlinge ausübte. Diese Zugart wurde nicht ertragen. Nichtsdestoweniger ist das erzielte Funktionsvermögen des neuen Stumpfes ein gutes und ist es möglich, eine Kontraktion von 3—4 cm unter Hebung eines Gewichts von 6 Kilogramm zu erhalten. Die Funktion ist zur Bewegung einer von Marelli in Mailand besonders konstruierten künstlichen Hand verwendet worden. (Vorstellung des Patienten und Demonstration des Protheseapparates.)

Codivilla gratuliert De Francesco zu dem glänzenden in der kinematischen Prothese erzielten Erfolg, welcher ein weiterer Beweis für die Güte der genialen Idee Vanghettis ist.

Plebs (Bologna). Wirkung der Bier- und Klapp'schen Apparate bei Steifheit der Hand.

Nachdem Redner auf die Behandlung der Gelenk-Knochentuberkulose mittelst der venösen Stauung und Saugung hingewiesen, legt er den Bier-Klapp'schen Saugapparat für die Behandlung der Gelenkrigiditäten der Hand vor und gibt eine praktische Demonstration desselben; er erklärt die Art und Weise, wie er funktioniert und weist auf die Änderungen hin, die in dem solcher Behandlung unterzogenen Glied eintreten.

Er empfiehlt die Sitzung von nicht über eine halbe Stunde Dauer und die langsame Erzeugung der Luftleere, um die Schmerzhaftigkeit bei den Gelenkbewegungen zu beseitigen. Die Luftleere ist nach seinen Beobachtungen nicht für die ganze Dauer der Sitzung absolut zu erhalten, da zuletzt der Patient über schmerzhaftes Kribbeln des Teiles und Störungen der Bewegungen klagt. Er empfiehlt den Rat Biers, von Zeit zu Zeit die Luftleere in dem Apparat zu suspendieren. Er hat beobachtet, dass die Temperatur im Innern des Apparates am Ende der Sitzung um 4—6 Zehntel Grad steigt. Schliesslich weist er auf sieben Fälle hin, die im Istituto Rizzoli mit



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

befriedigendem Erfolg mit dem Bier-Klapp'schen Apparat behandelt wurden, stimmt jedoch nicht mit ersterem in der Bevorzugung der pneumatischen Methode gegenüber den Pendelapparaten überein; er empfiehlt sie als wirksame Ergänzung dieser und hofft, dass sie nicht nur in den Kliniken und Krankenhäusern, sondern auch in der gewöhnlichen Praxis Anwendung finden werde.

Secchi (Mailand). Beobachtungen über die unblutige Behandlung der angeborenen Luxation des Femur. — Persönliche Statistik.

Redner behauptet, dass die unblutige Reduktion der angeborenen Hüftgelenksluxation als italienische Methode zu bezeichnen sei. Alsdann geht er zur Betrachtung der physiologisch-anatomischen Gründe über, welche die dauerhafte Heilung der mit dem unblutigen Verfahren behandelten angeborenen Hüftgelenksluxation ermöglichen. Er ist der Ansicht, dass die Idee von Lorenz, der Kopf könne unter dem Reiz der Funktion die Pfanne aushöhlen, eine rein theoretische ist. Daraus zieht er den praktischen Schluss, dass das Gehenlassen der Kranken während der Behandlung derselben nicht dienlich sei, sondern sogar eine Gefahr für sie bilde. An die Immobilisierung schliesst er ein 4. Tempo, welches er als funktionelle Mobilisierung bezeichnet, und das in aktiven Bewegungen, Massage, Faradisierung besteht. Nach diesen Gesichtspunkten hat er 162 angeborene Luxationen behandelt, darunter 75 einseitige und 44 doppelseitige an 119 Individuen im Alter von 17 Monaten bis zu 14 Jahren. Er hat 80 gute Reduktionen, 32 Transpositionen, 5 Reluxationen, 11 Versuche ohne Reduktionserfolg, 1 Fraktur des Femur, 5 unbekannte Ausgänge gehabt.

Dauer der Immobilisationszeit 7 Monate, vollständige Behandlung 7—9 Monate. Die doppelseitigen Luxationen werden stets in zwei Zeiten reponiert. Während der Immobilisationsperiode gehen die Kranken nie, ohne dass darunter das Allgemeinbefinden zu leiden hätte. Notwendigkeit der radiographischen Kontrole vor, während und nach der Behandlung.

Diskussion. **Salaghi, M.** stimmt mit Secchi insofern überein, als dieser behauptet, dass man die Patienten während der Immobilisationsperiode nicht gehen lassen dürfe.

Codivilla bestreitet, dass die Methode der unblutigen Therapie der angeborenen Hüftgelenksluxation als italienische Methode zu bezeichnen sei. Paci hat zwar zuerst die Reduktionsweise der Luxation gelehrt, aber Lorenz gebührt das Verdienst, uns gezeigt zu haben, wie die Reduktion erhalten werden kann.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:08 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Inbezug auf einen anderen Punkt der Mitteilung Secchis bemerkt er, dass anatomische und radiographische Beispiele zeigen, dass der Femurkopf auch bei der angeborenen Luxation sehr wohl eine Neocotyle auf dem Darmbeinflügel auszuhöhlen vermag; umsomehr muss er imstande sein, die Pfanne auszuhöhlen, wo nur Weichteile die Höhle ausfüllen.

Mit Secchi stimmt er inbezug auf den Schaden überein, den das Gehenlassen der Kranken während der Behandlung mit sich bringt. Um aber den Übelständen abzuhelfen, welche die Unbeweglichkeit für das Allgemeinbefinden der Patienten birgt, lässt er sie auf einem an dem Gipsverband befestigten „Stampfer" gehen. Durch photographische und radiographische Projektionen demonstriert er die Technik, die er bei der Therapie der angeborenen Hüftgelenksluxation befolgt, und die mit derselben erzielten Resultate.

Secchi bemerkt in seiner Erwiderung an Codivilla, dass der Femurkopf nicht imstande ist, aktiv die Pfanne auszuhöhlen und dass diese sich unabhängig von der durch den Kopf ausgeübten Wirkung vervollständigt. Er behauptet weiterhin, dass Paci voll und ganz das Verdienst gebühre, zuerst die Reduktionsmethode angegeben zu haben. Nota hatte noch vor Lorenz die Notwendigkeit nachgewiesen, die Behandlung in drei Zeiten einzuteilen.

Codivilla stimmt Secchi in seinen Ausführungen über die Ideen Notas bei. Doch ging derselbe von einem nicht richtigen Grundgedanken aus, nämlich dass die Abduktionsstellung notwendig sei, da der Femurhals sich in Varusstellung befindet. Nota beschränkte sodann die Immobilisationsperiode auf eine zu kurze Zeit.

Sangiorgi, G. Luxation nach Typhus Coxitis.

S. erläutert verschiedene Fälle von Hüftgelenksluxation nach Typhusinfektion, die er im Istituto Rizzoli in Behandlung hatte, und legt die diesbezüglichen vor und nach der Behandlung ausgeführten Radiographieen vor. Aus diesen Untersuchungen schliesst er, dass, wenngleich die Deformität stets den gleichen äthiologischen Ursprung gehabt hat, dieselbe doch je nach den Fällen aus verschiedenen Ursachen und in verschiedener Weise eintreten könne. Er unterscheidet drei Varietäten dieser Luxationen.

1. Hüftgelenksluxation ohne vorausgehende Arthritiserscheinungen während und nach dem Typhus mit geringer oder gar keiner Schmerzhaftigkeit des Gelenkes. Die Deformität wird nur aus den physikalischen Merkmalen diagnostiziert und ist auf die schlechte Haltung der Extremität während der Krankheit zurückzuführen. Die Radiographie zeigt fast keine Skelettalteration.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2. Im Laufe der Krankheit und besonders am Ende derselben sind Symptome von infektiöser Arthritis mit Anschwellungen und lebhaften Schmerzen aufgetreten. Leichte, begrenzte Knochenalterationen, besonders am oberen Pfannenrand und am Schenkelkopf.

3. Es ist eitrige Arthritis post-typhica mit bedeutenden Knochenläsionen und konsekutiver Luxation aufgetreten. Für die Behandlung greift er bei den zwei ersten Gruppen zur unblutigen Reduktion, indem er beiläufig die Behandlungsmethode der angeborenen Hüftgelenksluxation befolgt und gute anatomische und funktionelle Resultate erzielt. Wo hingegen Eiteransammlung und schwere Knochenzerstörungen bestehen, greift er blutig ein, indem er entweder das Gelenk reseziert oder sich auf Auskratzungen der Gelenkhöhle beschränkt.

Diskussion. **Salaghi, M.** fragt an, welche Gesichtspunkte inbezug auf die Immobilisierung nach der Reduktion der Typhusluxation zu befolgen seien.

Sangiorgi. Die Immobilisationszeit muss abgekürzt werden. Er hat niemals Ankylose bekommen.

Secchi hat drei Fälle von Typhusluxation beobachtet. In einem Fall bestand ein Abszess, welcher spontan resorbiert wurde. Er behandelt die Typhusluxation wie die angeborene.

Salaghi, M. Florenz. Neues Zeichen für die Frühdiagnose der Coxitis.

Das Symptom wird in folgender Weise nachgewiesen: Der Kranke liegt in Bauchlage auf einer horizontalen Ebene mit ausgestreckten Beinen und an den Seiten des Rumpfes hingestreckten Armen. Man macht nun auf der verdächtigen Seite die passive Beugung des Unterschenkels gegen den Oberschenkel; sobald die Flexion mehr als einen Rechten beträgt, klagt Pat. über Schmerzen an der Hüfte und hebt, um sie zu verhindern, instinktiv die entsprechende Gesässhälfte. Der Grund des Schmerzes ist folgender: Beugt man den Unterschenkel über den rechten Winkel hinaus gegen den Oberschenkel, so macht man die passive Streckung des vorderen M. rectus, welcher seinerseits das vordere Segment der Gelenkkapsel der Hüfte dehnt, an der er dicht vorbeigeht, woraus sich ein Schmerz oder eine anormale Empfindung ergibt.

Das neue Symptom kann nachgewiesen werden, wenn die sonstigen bei der direkten Untersuchung wahrnehmbaren Zeichen fehlen, wenn noch keine Erscheinungen eigentlicher Kontraktur, sondern nur der artikulären Reaktion vorhanden sind.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Biondi (Siena). Vorschlag einer neuen Behandlung in einigen Fällen vorgeschrittener Coxitis.

Redn. konstatiert, dass sowohl die abwartende Immobilisationsbehandlung mit besonderem Verband als die Resektion bei der Coxitis recht wenig befriedigende Resultate geben. Da er andererseits beobachtet hat, dass die Heilung des Prozesses leicht eintritt, wenn man das Femurende aus der Gelenkhöhle luxiert, und dass auch bei dieser neuen Lage des Femur die Funktion der Extremität eine gute ist, so ist er zu dem Entschluss gekommen, künstlich diese Luxation nach hinten oben auf blutigem Wege zu erzeugen; und die von ihm operierten Fälle rechtfertigen durchaus seine Anschauung.

Diskussion. **Galeazzi** gibt seiner persönlichen Meinung dahin Ausdruck, dass die von Biondi in Vorschlag gebrachte Methode sicher verdient, in Betracht gezogen zu werden. Denn er hat beobachtet, dass in vielen Fällen von Coxitis, die den geduldigsten Behandlungen getrotzt haben, nach Eintritt der Luxation Heilung erfolgt. Daher glaube er, dass man unter Auswahl der schwersten Fälle erst die Biondi'sche Methode versuchen könne, bevor man mit der Resektion eingreift.

Panzacchi, G. (Bologna). Über einen Fall von Subtrochanter-Fraktur des Oberschenkels, bei dem das distale Fragment in die Peritonealhöhle eingedrungen war.

In dem Falle des Redners handelte es sich um einen Geisteskranken, der 5 Monate hindurch in dem erwähnten Zustande blieb. Der Tod erfolgte durch eine Pneumonie. Auf dem Sektionstisch sah man, dass das distale Fragment unter dem Poupart'schen Band hindurch ging, die grossen Schenkelgefässe nach innen und den N. cruralis nach aussen verschiebend. Dann löste es, durch die breiten Bauchmuskeln hindurch gehend, das hintere Blatt des Bauchfells ab und drang dann in die Peritonialhöhle ein, feste Verwachsungen mit dem S. romanum eingehend. Das Peritoneum zeigte Spuren einer bereits vollständig abgelaufenen lokalen Peritonitis. Aussehen und Lumen des Darmes war normal. Aus der Untersuchung des anatomischen Präparates und der Radiographie ersah man das Fehlen jeglichen Knochenreparationsvorganges.

Die Verkürzung des Schenkels beträgt 19,5 cm. Bemerkenswert ist die Anpassung der Weichteile im allgemeinen und der Muskeln und Nerven im besonderen an eine so schwere Verkürzung der Extremität. Nur die Schenkelgefässe erscheinen geschlängelt und zeigen sich nicht verkürzt.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Berlucchi (Bologna). Die Genua vara adolescentium als professionelle Deformität.

B. stellt einen Fall von hochgradigen Genua vara bei einem jungen 17-jährigen Scherenschleifer vor, aus dessen Vorgeschichte sich nichts ergibt, was eine solche Deformität begründen könnte, ausser das beständige und lange Stehen in fehlerhafter Haltung während der Arbeit. Eine photographische Projektion zeigt den Grad der Deformität, eine andere die Haltung des Individuums bei der Arbeit.

Er vergleicht die Genua vara der Kunstreiter mit dem von ihm studierten Fall und schliesst damit, dass er ein besonderes Bild der Deformität bei den Scherenschleifern und sonstigen Arbeitern unterscheidet, welche in analoger Haltung zu arbeiten gezwungen sind. Er beobachtet, dass bei den Kunstreitern die Krümmung besonders zu Lasten des Femurs ist, während bei den Scherenschleifern diese Deviation hauptsächlich die Knochen des Unterschenkels interessiert und ganz besonders die juxta-epiphisären Regionen derselben. Die Ursache hiervon findet er in den Kräften, welche während der Arbeitshaltung auf diese Stellen jüngerer Knochenbildung ausgiebiger einwirken.

Auch bei den jungen Korbmachern und Sattlern hat Redner die zur Erzeugung der professionellen Genua vara notwendigen und hinreichenden Bedingungen festgestellt. Er beschreibt die verschiedenen Stellungen dieser Arbeiter in ihrem Berufe und vergleicht sie mit derjenigen, welche die vorliegende Deformität hervorgerufen hat. Schliesslich berichtet er über zwei Fälle, einen Sattler und einen Korbmacher im Alter von 17 bezw. 18 Jahren, welche, obwohl sie erst seit kurzem in ihr Handwerk eingetreten waren, doch schon das Verschwinden des physiologischen Valgismus zeigten, eine Erscheinung, welche er als ersten Schritt zum professionellen Varismus der Knie bezeichnet.

Pantoli (Bologna). Ueber die Behandlung der Deformitäten nach der Resektion des Knies.

Redn. beschäftigt sich mit den schweren Deformitäten, welche auf die Knieresektion folgen, und beschreibt eine chirurgische Behandlungsmethode, welche schon seit einiger Zeit im Istituto Rizzoli zur Anwendung gelangt. Zum Beweis des erzielten vorzüglichen Erfolges legt er Radiographien und Photographien von Patienten vor. Die Behandlungsmethode basiert auf der Notwendigkeit, dem Kranken möglichst geringen Schaden zu verursachen, indem man sucht, die zu einem guten Funktionieren der Extremität notwendigen Bedingungen zu erhalten.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die ausgeführte Operation ist folgende:

Trennung der ankylosierten Knochen durch einen krummlinigen Sägenzug mit oberer Konkavität. Desinsertion der hinteren Kapsel (oder narbigen Reste derselben) von der oberen Femurinsertion; sorgfältige Abtragung.

Knochenplastik im vorderen und hinteren Teil, zur Beseitigung der vorspringenden Kämme, welche imstande sind, die Gefässe und Nerven zu verletzen und sich der Korrektion der Deformität entgegenstellen. Partielle Korrektion der Deformität, indem man die beiden Knochen eine Scharnierbewegung ausführen lässt. Keine Verlängerung der Beugesehnen, die als Schutz des Gefäss-Nervenbündels gelassen werden. Gipsverband. Vollständige Korrektion in mehreren Sitzungen. Dieses bei den Deformitäten, in welchem Sinne sie auch immer auftreten mögen, angewandte Verfahren hat sehr gute Resultate sowohl inbezug auf Fixierung als auf Funktionsvermögen gegeben.

Alessandri (Rom). Atypische Knieresektion wegen Sarkoms des Tibiakopfes.

Im Anschluss an weitere bereits mitgeteilte Fälle von konservativer Chirurgie der Knochen berichtet Redn. über einen Pat., bei dem er wegen eines begrenzten zentralen Sarkoms des Tibiakopfes mit der Resektion von ca. 13 cm der Länge dieses Knochens eingriff und zur Erhaltung der Solidität der Extremität zu dem bereits von Zoppi angewandten Verfahren, mit leichten Modifikationen, griff, indem er in dem äusseren Femurkondylus eine Rinne aushöhlte, in der er das obere Ende der angefrischten Fibula fixierte, und zwar in eben der Ausdehnung, die notwendig war, um den Resektionsstumpf der Tibia in Kontakt mit der Gelenkfläche des vom Knorpel und den oberflächlichen Knochenschichten entblössten inneren Kondylus zu bringen.

Die vor und nach der Operation aufgenommene Radiographie sowie das resezierte Tibiastück mit dem Tumor, der sich als ein Myxochondrosarkom erwies, legt er vor.

Zoppi erwähnt inbezug auf seinen Fall, dass derselbe, nach 5 Jahren nachuntersucht, einen vorzüglichen Ausgang zeigt sowohl inbezug auf Rezidiv als auf Verlötung.

Codivilla. In einem Fall von Sarkom des Knies, bei dem ein 15 cm langes Stück des Femur abgetragen wurde, hat er die rasche Bildung einer Konsolidation zwischen Ober- und Unterschenkel dadurch erzielt, dass er den flötenschnabelartig zugeschnittenen Femur in die Spongiosa der Tibia einnagelte.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Er ist der Ansicht, dass der konservativen Behandlung des Femursarkoms weitere Grenzen zu stecken seien. (Vorstellung von Operierten.)

Vanghetti (Empoli). Allgemeine Apparate für deforme Füsse.

In absteigender Reihenfolge inbezug auf Kompliziertheit, Gewicht und Preis legt Redner drei Apparate vor. Er hat mit denselben drei Hauptziele im Auge: 1. exakte und stabile Fixierung jeglichen deformen Fusses in jeder möglichen Stellung; 2. Fixierung des Hinterfusses unabhängig von der des Vorderfusses; 3. Anpassung an die Behandlung wegen sonstiger gleichzeitig im übrigen Teil der Extremität vorhandenen Deformitäten. All dies ist nach dem Redn. nicht gut erzielbar ohne die (fakultative) wechselseitige Unterstützung der beiden Füsse. Demonstration der Apparate. Der Kombinationsreichtum der Vorrichtungen und Varianten ist ein solcher, dass dadurch allen aus Verschiedenheit der Fälle, Schule und persönlichen Meinungen sich ergebenden Erfordernissen genügt werden kann. Diese Apparate können von grösstem Nutzen sein, besonders für die Chirurgen, welche nicht allein die notwendigen Gipsverbände machen können.

Diskussion. **Putti.** Die genialen von Vanghetti vorgeschlagenen Apparate entsprechen wirklich einem Bedürfnis, das alle bei der unblutigen Therapie empfinden, nämlich mit geringen Ausgaben einfache und praktische Hilfsmittel zur Hand zu haben, welche zur Aufrechterhaltung der durch das forzierte Redressement erzielten Korrektion dienen könnten, ohne die Gefahr nachteiliger Kompressionen zu bieten.

Anzoletti (Mailand). Der erworbene Pes valgus und die Behandlung des angeborenen Pes varus.

Als wesentlichen Fehler des angeborenen Pes equino-varus betrachtet A. die Supination der hinteren Fusswurzel. An der Spitze des inneren Knöchels sticht er ein feines Tenotom ein, durchschneidet subkutan die Sehne des Tibialis post. und das Ligamentum deltoid., sowie die mediale Wand des oberen Sprunggelenks. Er zwingt den Tarsus in solchen Valgismus, dass er dem Grade nach dem früheren Varismus gleichkommt; indem er dann den Fuss in dorsale Flexion drängt, tenotomiert er den Trizeps, gipst den Fuss in der erzielten Talo-valgusstellung ein und lässt nach drei Tagen den Patienten gehen.

Wie beim normalen Fuss das Auftreten eines Valgismus an der hinteren Fusswurzel genügt, um unter der Wirkung der Körper-


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

last und der Bewegung die Abduktion der Ferse, die Reflexion und Abduktion des Vorderfusses hervorzurufen, so stellt der chirurgisch erzeugte Valgismus bei dem Klumpfuss die normale Form wieder her und hebt die Adduktion der Ferse, die Inflexion und Adduktion des Vorderfusses auf. In allen Fällen, in denen beide letztgenannten Abweichungen nicht leicht sind, werden sie teilweise mit den gewöhnlichen Manövern des gewaltsamen Redressements reduziert. Diese gehen selbstverständlich der submalleolären Tenosyndesmotomie voraus. Die Patienten werden von dem Gipsverband definitiv nach acht Wochen befreit. Die Methode erfordert nicht mehr als eine Sitzung und eine Narkose. Weder zur Erreichung noch zur Erhaltung der Korrektion sind Apparate nötig. Anwendbar ist sie nur bei solchen Individuen, die gehen können.

Diskussion. **Codivilla.** Die von Anzoletti in Vorschlag gebrachte Methode hat das Verdienst der Einfachheit und geht von einem richtigen Grundgedanken aus. Die Operation verdient nachgeprüft zu werden.

Biagi (Florenz). Zur Behandlung des Pes varo-equinus mit der Methode von Codivilla.

B. unterzieht die bis jetzt in Vorschlag gebrachten Operationsverfahren einer kritischen Prüfung und legt Gipsmodelle, Photographien und Radiographien einiger Fälle von angeborenem Klumpfuss vor, die von ihm nach dem 1905 von Codivilla auf dem Chirurgenkongress zu Pisa mitgeteilten Verfahren behandelt wurden. In letzter Zeit hat er an die klassische Operation eine von Codivilla selbst für die Fälle starker Deformation des Astragalushalses vorgeschlagene Modifikation angeschlossen, welche in der Ausschneidung des Astragalushalses senkrecht zu einer Längsachse und in der keilartigen Einführung eines der Tibia entnommenen Knochenperiostlappens in die Schnittfläche besteht. Redner hebt hervor, dass bei Anwendung dieses Verfahrens die Deformität gleich nach dem Operationsakt vollkommen korrigiert ist, während die Nachbehandlung überaus erleichtert und abgekürzt ist.

Biagi (Florenz). Zur Behandlung des paralytischen Pes varo-equinus.

Redner berichtet über 11 Fälle, darunter einige doppelseitige, die nach der Methode der Muskel-Sehnenanastomose operiert wurden, und schliesst auf die Vorzüglichkeit derselben gegenüber der Arthrodese besonders bei jugendlichen Individuen. Er ist der Ansicht, dass der Eingriff ein frühzeitiger sein müsse; er beschreibt die je nach den Fällen befolgte Technik. Grossen Wert legt er auf die



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

elektrische Untersuchung, sowohl bei der Auswahl der Fälle als bei der Untersuchung derselben nach der Operation. Durch diese Untersuchungen hat er feststellen können, dass ausser dem Zentrum der Hilfsgruppe durch die Sehnenüberpflanzung die Bildung eines neuen Zentrums bedingt wird, welches entweder autonom oder synergisch mit dem Zentrum der verstärkten Gruppe wirkt. Durch Bildung neuer zentripetaler Leitungsbahnen entstehen vielfache Assoziationen, wodurch mehrere Gruppen auch von antagonistischen Gruppen zur Bildung des neuen motorischen Zentrums beitragen.

Codivilla stellt einen Fall von tendinöser Fixierung vor, der bereits vor 4 Jahren nach seinem Verfahren und zwar mit bestem Erfolg operiert wurde. Der Pat. geht, trotzdem an der Extremität eine Verkürzung von ungefähr 5 cm besteht, ohne Beschwerde und in vollständig normaler Weise. Der Fuss hält die horizontale Stellung ein und zeigte genügende Elastizität und Gelenkspiel, um einen normalen Gang zu ermöglichen.

Guaccero (Bologna). Betrachtungen über die Behandlung des angeborenen Klumpfusses.

Redner berichtet über seine Versuche über Schnitt- und Risshautwunden, die in den nämlichen anatomischen Verhältnissen gemacht und durch einen Mechanismus erzielt wurden, der demjenigen nicht unähnlich ist, welcher bei der blutigen oder unblutigen Reduktion des angeborenen Klumpfusses bedingt wird. Die Risswunden überzogen sich rascher mit jungem Narbengewebe sowohl wegen des geringeren Auseinanderstehens der Ränder als infolge der intensiveren reparativen Entzündung und der event. Anwesenheit kleiner Zonen von Residualderma auf dem Grunde der Wunde, welche Reparationszentren zu bilden streben. Diese Resultate stimmen mit der klinischen Beobachtung überein.

Weiterhin berücksichtigt er bei Betrachtung der rationellen und weitgehend bewiesenen Applikation der Sehnenplastiken bei der blutigen Behandlung des angeborenen Klumpfusses, die Meinung einiger, welche die Muskel-Sehnenrekonstruktion und die Wiederherstellung der normalen Funktion auch dann behaupten wollen, wenn die Stümpfe dieser Gebilde weit entfernt gehalten werden, in einem Raum voller Blutgerinnsel. Da in den vorgenannten Verhältnissen die Wirkung der Faktoren, welche die Anregung zur regenerativen Proliferation geben, behindert ist, da die Reize fehlen, welche zur morphologischen Differenzierung anregen, so wird die Reparation durch narbiges Bindegewebe erfolgen; der funktionelle Erfolg wird Unzulänglichkeit verschiedenen Grades zeigen, da der-



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

selbe von den Verwachsungsverhältnissen der Narbe abhängig ist. Demonstration histologischer Präparate.

Nicoletti, V. (Rom). Ein Fall von isolierter Fraktur des Kahnbeins des Fusses.

N. legt die Radiographien der Fussskelette eines Pat. vor, den er im Istituto di Cure Fisiche zu Palermo zu beobachten Gelegenheit hatte und bei dem er infolge der höchst ausgeprägten Beschränkung der Pronations- und Supinations-Bewegungen des Vorderfusses gegen den Tarsus 5 Monate nach einem durch Pat. erlittenen schweren Trauma (Fallen eines Balkens auf die Füsse) die Fraktur des Astragaluskopfes und des Scaphoides vermutete. Aus den radiographischen Aufnahmen ersieht man deutlich die Abtrennung eines dreieckigen Fragmentes des Scaphoides, dessen Basis am inneren Rand der Fusses entsprechend dem Insertionshöcker des Tibialis post. liegt. Durch die Wirkung desselben hat es sich nach unten verschoben und dabei gleichzeitig eine Rotationsbewegung im Sinne der Pronation erfahren, so dass der der Basis gegenüberliegende Winkel in direkte Kontiguitätsbeziehungen mit der medialen Fläche des benachbarten Cuboides getreten ist.

Diese Anordnung erklärt nach Nicoletti die höchst ausgesprochene Beschränkung der Pronation der Mittelfussknochen in Bezug auf die Fusswurzel und begründet andererseits die ausgeprägten Schmerzen, über die Pat. beim Stehen und Gehen klagt. Da der von Nicoletti beobachtete Fall die Möglichkeit isolierter subkutaner Frakturen des Kahnbeins des Fusses dartut, hebt Redn. nochmals die Notwendigkeit der radiographischen Untersuchung bei den schmerzhaften Affektionen des Fusses, besonders infolge eines Traumas hervor.

Das einzige therapeutische Hilfsmittel in dem besonderen Fall ist nach des Redn. Ueberzeugung die Abtragung des Fragments.

---

67) **Anzoletti** (Mailand). Significato morfologico dei punti d'ossificazione secondari.

Società Milanese di medicina e biologia. Seduta del 13. dicembre 1907.

Unter Verallgemeinerung der von Pfizner auf die Sesamknochen des Fusses und der Hand beschränkten Schlüsse, stellt Redn. den Satz auf, dass alle Teile des Skeletts, welche von Spätherden der Verknöcherung ausgehen (Sesamknöchelchen, Apophysen, Hand- oder Fuss-



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wurzelknochen und Epiphysen) morphologisch den Wert von rudimentären Skelettorganen besitzen. Zwischen den Hand- oder Fusswurzelknochen und den Epiphysen besteht das gleiche Verhältnis wie zwischen den Sesamknöchelchen und den Apophysen.

Im Unterschied zu den Sesambeinchen und den Hand- oder Fusswurzelknochen haben Apophysen und Epiphysen schon in den ersten Stadien der Ontogenese auf ihre Selbständigkeit verzichtet, indem sie zu ergänzenden Teilen von Hauptknochen herabgingen; die erhaltene Selbständigkeit der Verknöcherungskerne aber beweist immerhin noch die in ganz entlegenen Zeiten der untersten Stadien der Phylogenie genossene Autonomie, als das Skelett vollständig die primordiale feine Segmentation in nach Grösse wenig abweichende, an Form ähnliche, durch anatomische und funktionelle Bedeutung gleichwertige Elemente zeigte.

Buccheri-Palermo.

68) **Galeazzi** (Mailand). Ricerche cliniche e sperimentali sul trapianto della cartilagine interepifisaria.

XX. Congresso della soc. ital. di chirurg. Roma 27.—30. ott. 1907.

Die Einpflanzungen in einen anderen Knochen desselben Tieres und in andere Tiere derselben Species haben in den meisten Fällen das rasche Verschwinden der Funktion des Knorpels ergeben, welcher verknöchert und abstirbt. Ausnahmsweise erhält sich die Funktion in einem Mass und in einer Ausdehnung, welche annehmen lässt, dass die Entwicklung des Knochens fortfährt; doch bleibt dieses Knochenwachstum tiefgehend gestört.

In zwei klinischen Fällen führte er mit vollkommenem funktionellen Resultat die Ueberpflanzung des unteren Knorpels der Ulna in das untere Ende des Radius aus. Der Knorpel verschwand rasch.

Buccheri - Palermo.

69) **Morpurgo** (Turin). Sulla trasmissione dell' osteomalacia umana ai topi bianchi.

R. Accademia di Medicina di Torino. Seduta del 17. genn. 1908.

Redn. impfte weissen Mäusen aus einem osteomalacischen Individuum gewonnene Diplococcuskulturen ein. Der Diplococcus war dem früher vom Redn. beschriebenen ähnlich. Zuerst schienen die Mäuse darauf nicht zu reagieren; nach mehreren Monaten zeigten sie aber deutliche rachitische Alterationen. Redn. legt die anatomischen Stücke vor und schliesst, dass damit die Uebertragbarkeit der Osteomalacie vom Menschen auf die Mäuse nachgewiesen ist.

Buccheri-Palermo.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

70) **Morpurgo e Satta** (Turin). Sulla presenza di un fermento attivo sui composti del calcio nelle ossa malaciche.

R. Accademia di Medicina di Torino. 17 gennaio 1908.

Nach Beschreibung der bei ihren Untersuchungen befolgten Technik kommen Redn. zu dem Schluss, dass in dem malazischen ausgewachsenen Knochen eine thermolabile Substanz besteht, die ein zur Auflösung der Kalksubstanz befähigtes Ferment enthält.

Buccheri-Palermo.

71) **Morpurgo** (Turin). Sulle zone acalcari nell' osteomalacia in rapporto colle cellule ossee.

R. Accademia di Medicina di Torino 17. gennaio 1908.

Durch Modifikation der Schnorl'schen Methode hat M. in den malacischen Knochen kleine die Knochenkörperchen umgebende kalkfreie Zonen nachweisen können. Aus dieser Beobachtung schliesst Redn., dass das Fehlen der Kalksalze in der Knochengrundsubstanz nicht nur abhängig ist von den Zellen des Knochenmarkes, welche sich direkt dem Knochen aufgelegt finden, sondern auch von den Knochenkörperchen, in denen besondere die Fermententwicklung begünstigende Verhältnisse entstehen, die imstande seien, die Kalksubstanz zu lösen, und die ihre Wirkung vor allem auf die Substanz entfalten sollen, die sich um die Knochenkörperchen herum befindet. **Buccheri**-Palermo.

72) **Feliziani** (Rom). Sulla iperemia passiva come metodo di cura. Esperienze cliniche.

Società Lancisiana degli ospedali di Roma. 30. Nov. 1907.

Verf. beschreibt 28 Fälle persönlicher Versuche, die er in der chirurgischen Abteilung von Postempski ausgeführt hat. Verf. erzielte eine vollkommene Heilung in den Fällen von vollständigen Frakturen mit Verzögerung in der Konsolidierung. Ungewisse Ausgänge bei je zwei Phlegmonen des Halses, der Finger, der Hand, des Fusses. Schwere Ausgänge bei einer Phlogose des Fusses und des Unterschenkels, bei einer der Hand, bei einem Panaritium. Er schliesst dahin, dass er von der Methode bei den deutlich phlegmonösen Formen abrät, und sie bei den leichten und umschriebenen Phlogosen, in den traumatischen Fällen mit anormalem Verlauf und bei den Gonokokkussynovitiden empfiehlt.

Buccheri-Palermo.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

— Sixth Annual Report of the New-York State Hospital for the Cure of Crippled and Deformed Children. — **Sangiorgi**, Rendiconto statistico del 2. quinquennio dell' Istituto Ortopedico Rizzoli.

Referate: 1) **Lorenz,** Orthopäd. Chirurgie als Spezialität. — 2) **Palater-Rogers,** Neoplasmen und orthopäd. Chirurgie. — 3) **Macewen,** Achondroplasie. — 4) **Chanal,** Wachstum im Verlauf akuter, fieberhafter Jugendkrankheiten. — 5) **Hardiviller,** Osteitis der Apophysen. — 6) **Joachimsthal,** Ungewöhnliche Form von Knochenerweichung. — 7) **Tarquini,** Fall von Osteomyelitis. — 8) **Morpurgo,** Osteomalacie und Rachitis. — 9) **La Manna,** Aetiologie der Rachitis, Knochenschmerz bei Rachitischen. — 10) **Scherbanescu,** Behandlung der Frakturen langer Knochen. — 11) **Jones,** Gutartige Knochenzysten. — 12) **Frangenheim,** Kalluszysten. — 13, 14) **Maxwell, Krause-Trappe,** Progressive Myositis ossificans. — 15) **Albers-Schönberg,** Unbekannte Allgemeinerkrankung des Skeletts im Röntgenbilde. — 16) **Kotzenberg,** Füllung von Knochenhöhlen mit Jodoform-Walratgemisch. — 17) **Hardouin,** Frühzeitige Behandlung von Gelenkwunden. — 18) **Halle,** Chondrombildungen an den knöchernen Gelenkenden. — 19) **Canessa,** Behandlung der Gelenktuberkulose. — 20) **Cornil-Coudray,** Periostale Entstehung traumatischer Muskelosteome. — 21) **von Khautz jun.,** Angiomatöse Muskelschwielen. — 22) **Kirmisson,** Sehnenüberpflanzung bei Lähmungen. — 23) **Jopsen,** Sehnenüberpflanzung. — 24) **Judson,** Absolute Bettruhe bei der Behandlung der Kinderlähmung. — 25) **Wilson,** Rhythmische Bewegungen bei der Behandlung spastischer Neurosen. — 26) **Fröhlich,** Orthopädische Behandlung der Littleschen Krankheit. — 27) **Baum,** Knochenbrüche bei Tabes. — 28) **Frenkel,** Mechanische Behandlung der Nervenkrankheiten. — 29) **Hentze,** Elephantiasis und Curschmannsche Drainage. — 30) **Fischer,** Einfacher heilgymnastischer Universalapparat. — 31) **Meisner,** Spiel und Sport und ihre Beziehungen zur Gesundheitspflege. — 32) **v. Frisch,** Kongenitale Skoliose. — 33) **Feiss,** Mechanismus der Wirbelsäule. — 34) **Bittner,** Klappsche Skoliosenbehandlung. — 35) Kleidung der Mädchen beim Turnen (Badischer Ministerialerlass). — 36) **Karcher,** Interne Folgeerscheinungen der Skoliose. — 37) **Lovett,** Operative Behandlung der Spina bifida. — 38) **Challer,** Skoliose tuberkulösen Ursprungs. — 39) **Dervaux,** Pottscher Buckel und Betriebsunfälle. — 40, 41, 42) **Myers, Silver, Gibney,** Typhöse Entzündung der Wirbelsäule. — 43) **Vivier,** Epikondylärer Bruch des unteren Humerusendes. — 44) **Ashhurst,** Ganglion in der Ellenbogenbeuge. — 45) **Ewald,** Aetiologie der Madelungschen Deformität. — 46) **Poulsen,** Mondbeinluxationen. — 47) **Belantoni,** Heilung einer narbigen Fingerkontraktur. — 48) **Broca,** Subunguale Mittelfingerexostose. — 49) **Bilhaut,** Chirurgische Behandlung der Syndaktylie nach Didot. — 50) **von Luzenberger,** Ueberzähliger Daumen. — 51) **Hall-Stover,** Base-ball-Finger. — 52) **Jouon,** Hüftluxation und Oberschenkelverkürzung. — 53) **Torrance Rugh,** Hüftgelenksreduktion in der Lorenzschen Schlinge. — 54) **Derscheid-Delcourt,** Manuelle Reduktion der Hüftluxation. — 55) **Pahl,** Symptome der Hüftgelenksentzündung. — 56) **Allison,** Erworbene Coxa valga. — 57) **Lilienthal,** Tuberkulöse Erkrankungen der unteren Extremitäten. — 58) **Respinger,** Ischiasbehandlung. — 59) **Löhrer,** Fettgewebswucherungen im Kniegelenk. — 60) **Winkelmann,** Subpatellare Lipome. — 61) **Kirchner,** Juvenile Tuberositasfrakturen. — 62) **Wertheim,** Traumatische Verrenkung des Fusses nach hinten. — 63) **Unverfehrt,** Schleimbeutelentzündung an der Ferse bei Exostosenbildung am Calcaneus. — 64) **v. Heuss,** Ambulante Behandlung der Fussgeschwulst. — 65) **Plieto,** Gelenkerkrankung typhösen Ursprungs.

Aus Kongress- und Vereinsberichten: IV. Kongress der italienischen Gesellschaft für Orthopädie in Bologna am 15. Oktober 1907. (Schluss.) — 67) **Anzoletti,** Morphologischer Wert der von Spätherden der Verknöcherung ausgehenden Skeletteile. — 68) **Galeazzi,** Knochenverpflanzung. — 69) **Morpurgo,** Uebertragung menschlicher Osteomalazie auf weisse Mäuse. — 70) **Morpurgo-Satta,** Ferment in der Kalksubstanz malazisch ausgewachsener Knochen. — 71) **Morpurgo,** Kalkfreie Zonen in malazischen Knochen. — 72) **Feliziani,** Erfahrungen mit passiver Hyperämie.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.

Generated on 2019-06-08 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. II. **Juni 1908.** **Heft 6.**

Schanz. Handbuch der orthopädischen Technik für Aerzte und Bandagisten.

Mit 1398 Abbildungen im Text. Jena 1908, Gustav Fischer.

Das umfangreiche Buch soll nach des Verf. Absicht dem Spezialarzt ein Nachschlagebuch sein, in dem er sich darüber orientieren kann, mit welchen Konstruktionen andere vor ihm diese und jene Aufgabe zu lösen versucht haben, es soll dem praktischen Arzt ein Ratgeber sein, der ihm ermöglicht, dem Bandagisten klar zu machen, was dieser ausführen soll, es soll endlich dem Bandagisten ein Wegweiser sein.

Im allgemeinen Teil werden zunächst über Verordnung und Gebrauch orthopädischer Apparate und Bandagen einige Bemerkungen gemacht, es folgt ein praktisch recht wichtiges Kapitel über orthopädisch-technische Anatomie und Physiologie. Hier hätte die Bestimmung der Gelenkachsen ausführlichere Besprechung finden dürfen. Sehr eingehend und klar ist die allgemeine Beschreibung der Apparatkonstruktion, des Anpassens, Massnehmens, Modellierens, der verschiedenen Techniken des Bandagisten und des Arztes.

Die Herstellung des Zelluloid- und Zellulose-Apparates dürfte mehr mit allen Details geschildert sein, un den Anfänger vor Misserfolgen zu bewahren.

Unter den Materialien ist leider die so vorzügliche Hornhaut nicht erwähnt.

Der spezielle Teil befasst sich mit der Apparatbehandlung der einzelnen orthopädischen Leiden. Es werden jeweils zunächst die Indikationen erörtert, denen der Apparat entsprechen soll, dann die


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

verschiedenen, oft sehr zahlreichen Versuche, die gestellte Aufgabe durch mannigfache Apparatkonstruktionen zu lösen.

In diesen mit grossem Fleiss aus der gesamten Literatur zusammengestellten Kapiteln wird der Spezialarzt ausserordentlich viel historisch interessante Dinge finden, auf den praktischen Arzt aber wird diese Vollständigkeit verwirrend wirken, für ihn wäre meines Erachtens eine kürzere Zusammenfassung des heute Anerkannten und zum Gebrauch zu Empfehlenden zweckmässiger. Und das Gleiche dürfte für den Bandagisten zutreffen, dem die Kenntnis bewährter moderner Konstruktionen die Hauptsache ist.

Die Zahl der Abbildungen ist eine ausserordentlich grosse. Das gewählte Holzschnittverfahren soll wohl durch eine bis zu gewissem Grade schematische Darstellung manche Details klarer zum Ausdruck bringen, nach Ansicht des Ref. nicht zum Vorteil des Gesamteindruckes, den die Bilder auf unser heutzutage verwöhntes Auge machen.

Freilich ist zu bedenken, dass für die Wiedergabe der überall zusammengesuchten Abbildungen ein einheitliches Verfahren gewählt werden musste, als welches sich wohl die Federzeichnung am meisten empfahl.

Dass die Beschreibung der wichtigsten Prothesen keinen Raum gefunden hat, ist im Interesse des praktischen Arztes zu beklagen, der für die notwendige Orientierung auf diesem Spezialgebiet ein weiteres Buch zu Rate ziehen muss. Doch hat Verf. einen Nachtrag über die Prothesenlehre in Aussicht gestellt, der vielleicht der zweiten Auflage einverleibt werden kann.

Vielleicht können in dieser einzelne der hier gegebenen Anregungen Berücksichtigung finden, wodurch sich nach Ansicht des Referenten die grosse Arbeit, der sich Verf. in dankenswerter Weise unterzogen hat, noch lohnender gestalten wird für alle, denen das Werk gewidmet ist. Und eines sei noch betont, was uns jetzt gerade das Buch besonders willkommen erscheinen lässt: Es beweist ad oculos, dass die Orthopädie eine umfangreiche und sorgfältig ausgebaute Spezialwissenschaft ist, die namentlich ihrer technischen Schwierigkeiten halber nicht so nebenbei betrieben werden kann, wenn sie auf der erreichten Höhe erhalten werden oder gar fortschreiten soll.

Vulpius-Heidelberg.

Ducroquet. Traité de Thérapeutique orthopédique.
I Les Tuberculoses osseuses, Technique et principes des appareils.

Avec 347 figures. Paris 1907, Jules Rousset. Preis 15 Fr.

In einem Vorwort konstatiert Verf. mit Bedauern das in Frankreich



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mangelnde ärztliche Interesse und Verständnis für die Konstruktionsprinzipien und die Technik orthopädischer Apparate und Verbände.

Die Aufgabe des vorliegenden ersten Bandes einer „orthopädischen Technik“ soll es sein, darzustellen, welche Ziele Verband wie Apparat bei der Behandlung der Spondylitis, der tuberkulösen Sprung-, Knie- und Hüftgelenkentzündung verfolgt und mit welchen Mitteln diese Ziele erreicht werden können.

Die Aufgabe ist in ebenso origineller als glänzender Weise gelöst. Was Verf. schreibt, ist sein selbsterworbenes, selbsterdachtes Eigentum, das Ergebnis exakter anatomischer Erwägungen und grösster technischer Uebung.

Seine Gipsverbände sind Meisterwerke, vorausgesetzt, dass sie ebenso gut vom Patienten ertragen werden, als sie vom Arzt gedacht und gemacht sind.

Seine Apparate zur Fixation und Entlastung stellt er aus Zelluloid und Schienen her, die Details ihrer Anfertigung werden allerdings nicht beschrieben.

Eigentümlicherweise gibt er stets 2 von einander unabhängige Apparate, von denen der eine der Fixation, der andere der Entlastung dient.

Seine Ideen und die auf ihnen beruhende Verbandtechnik verdeutlicht Verf. durch eine grosse Zahl von Abbildungen, die nicht minder originell als der Text des Buches sind, dessen Studium nicht dringend genug empfohlen werden kann. **Vulpius**-Heidelberg.

L. Rauenbusch. Die Spondylitis tuberculosa im Röntgenbilde.

Mit 22 Röntgenbildern auf 11 Tafeln und 11 Skizzenblättern.
Hamburg 1908. Gräfe & Sillem.

Der wertvolle Atlas bildet den Ergänzungsband 17 der Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen.

Ein den Tafeln vorangestelltes Textkapitel beschreibt die Technik der Wirbelsäulenaufnahmen und die Ergebnisse der Röntgenuntersuchung, welch letzterer man nicht Unmögliches zumuten darf. Man sieht Knochenatrophie, Formveränderung der Wirbel und der Intervertebralscheiben, die Längsausdehnung des Prozesses, Abszesse.

Auch einige statistische Angaben aus dem Hoffaschen poliklinischen Material, sowie kurze Bemerkungen über Prognose und Therapie sind von Interesse.

Es folgt eine erläuternde Beschreibung der wundervollen Tafeln, denen jeweils eine durchgepauste Skizze gegenübergestellt ist, welche die Orientierung wesentlich erleichtert.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die beiden letzten Bilder zeigen eine Spondylitis ankylopoetica und eine Spina bifida anterior lumbo-dorsalis.

Vulpius-Heidelberg.

Butruille. De la Méthode de Bier dans le traitement des Tuberculoses Chirurgicales chez l'enfant.

Lille 1908, E. Dufrénoy.

Die Ergebnisse seiner Literaturstudien und eigenen praktischen Erfahrungen fasst B. in folgenden Sätzen zusammen:

Die Methode der venösen Hyperämie nach Bier erfordert eine gute Technik und viel Uebung.

Von den chirurgischen Tuberkulosen des Kindes erweisen sich als günstige Objekte der Stauung:

Tumor albus zu Beginn und besonders Formen mit periartikulärer Weichteiltuberkulose; oberflächliche Ostitis und Fistelbildung; tuberkulöse Abszesse.

Weniger günstig sind die eigentlichen Knochentuberkulosen, doch kann die Stauung auch hier die begleitende Weichteiltuberkulose beeinflussen.

Kontraindiziert ist die Methode Biers bei fortgeschrittener Gelenk-Knochentuberkulose, bei rasch progredienten Formen.

Vulpius-Heidelberg.

Badin. Sur la technique de la Reduction des luxations congénitales de la hanche par la méthode nonsanglante.

Paris 1908, H. Paulins et Cie.

Nach einem kurzen historischen Ueberblick und einer Skizzierung der pathologischen Anatomie und Symptomatologie gibt B. eine kritische Vergleichung der verschiedenen Modifikationen der unblutigen Einrenkung, die zu dem Ergebnis führt, dass die von Redard geübte Methode die rationellste ist.

Die Reduktion muss ohne Gewaltanwendung, ohne Muskelzerreissung erfolgen und zwar über den hinteren Pfannenrand. Für die Wahl der Primärstellung im Verband gibt es keine allgemeinen Regeln, die anatomischen Besonderheiten jedes Falles bedingen eine besondere Position des Beines.

Das gleiche gilt hinsichtlich der Dauer der Fixationsperiode.

Eine mobilisierende Nachbehandlung ist erforderlich. Die Altersgrenzen liegen zwischen 2.—10. Lebensjahre bei einseitiger Luxation, zwischen 2.—6. Jahre bei Luxatio duplex. **Vulpius**-Heidelberg.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

The Widener Memorial Industrial Training School for Crippled Children.

First Annual Report 1907.

Ein wunderbares Krüppelheim nennt Philadelphia sein eigen, das von P. A. B. Widener zum Andenken an Frau und Sohn gestiftet worden und im vergangenen Jahre eröffnet worden ist.

Die Anlage (Gelände und Gebäude) haben eine Million Dollars gekostet, für die Sicherung des Betriebes sind weitere 3 Millionen Dollars gestiftet. Zugelassen werden in erster Linie Kinder der Stadt, dann Kinder aus Pennsylvanien, in letzter Linie solche aus anderen Staaten. Die Aufnahme muss zwischen 4. und 10. Lebensjahre erfolgen. Die Angehörigen begeben sich schriftlich jeden Anrechtes auf den Zögling bis zur Volljährigkeit. Die geistigen Fähigkeiten müssen gute sein, der körperliche Zustand muss Aussicht auf Erfolg der ärztlichen und erzieherischen Behandlung geben. Neu eintretende Zöglinge kommen zuerst in das Isoliergebäude für 14 Tage, dann in die Klinik, wo sie chirurgisch-orthopädisch behandelt werden, so lange die Aerzte dies für angezeigt erachten.

Es folgt die Verlegung in die Schulabteilung, die je nach Alter und Begabung Abstufungen aufweist.

Die gewerbliche Ausbildung ist noch nicht organisiert, aber selbstverständlich vorgesehen, ebenso wie ein Heim für erwachsene Krüppel.

Anlage und Einrichtung aller Gebäude ist wie die geplante Organisation vorzüglich. Eine Reihe von Illustrationen ist geeignet, den „Neid der Besitzlosen“ zu wecken. **Vulpius**-Heidelberg.

Dessauer und **Wiesner**. Leitfaden des Röntgenverfahrens.

Mit 113 Abbildungen und 13 Tafeln. Dritte, umgearbeitete und vermehrte Auflage. Leipzig 1908. Otto Nemnich. Preis 10 Mark.

Das Buch, dessen erste Auflage bekanntlich nach wenigen Wochen schon vergriffen war, bedarf um so weniger einer erneuten besonderen Empfehlung, als die vorliegende dritte Auflage einer sehr gründlichen Revision und Ergänzung unterzogen worden ist.

Es gilt dies sowohl für den physikalischen und technischen Teil, als für den medizinischen, der von Hoffa, Blencke und Holzknecht bearbeitet ist.

In einem neuhinzugekommenen Anhang behandelt Dessauer das photographische Verfahren.

So ist das Buch ein vorzüglicher Führer für jeden, der das so rasch eroberte Neuland des Röntgenverfahrens kennen lernen will.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei einer Neuauflage kann vielleicht das Register etwas ergänzt werden. **Vulpius**-Heidelberg.

1) **Eduard Schenck** (Frankfurt a. M.). Ueber zwei Fälle von typischer Extremitätenmissbildung (Ulnadefekt, Fibuladefekt).

Frankfurter Zeitschr. für Pathologie. I. Bd., 3. u. 4. Heft. 1907, p. 545.

Verf. fand bei zwei die klinische Behandlung aufsuchenden Patienten — 1. einem 48 jährigen Manne mit Lungentuberkulose, 2. einem 27 jährigen Manne mit Angina — folgende Missbildungen, die durch 4 Röntgenogramme und eine weitere Abbildung erläutert werden:

1. Ulnadefekt — im Gegensatz zu den relativ häufigen Defekten der Radialseite des Vorderarms und der Hand selten — und zwar partiell (distales Ende). Verkürzung des Radius und damit des Unterarms, Ulnarabduktion der Hand, Handwurzel repräsentiert durch zwei Knochen, jeder nach seiner Konfiguration als Summe mehrerer distaler und proximaler Carpalia imponierend, Metakarpus von 3 Knochen gebildet: einem radialen Metakarpale, einem distalen Rudiment eines zweiten, einem ulnaren zwei Metakarpalia repräsentierenden Knochen; entsprechende mangelhafte Bildung der Phalangen; da die Haut der Hand nur Faltenbildung, aber keine Differenzierung in Finger zeigt, Hand flossenartig.

2. Fehlen der Fibula — relativ häufig — (bezw. Fibula durch distalen rudimentären bindegewebigen Strang repräsentiert), Verkürzung und Abknickung der Tibia und damit des Unterschenkels, Fusswurzel durch zwei Knochen gebildet: 1. gleich Calcaneus und Naviculare und Cuneiforme II und III, 2. gleich I. Cuneiforme, Fehlen des Cuboid und der beiden äusseren Metatarsalia und Zehen, Equino-Valgusstellung des Fusses.

Aus der Literatur werden ähnliche Fälle aufgeführt und die beschriebenen mit diesen gruppiert, die Genese wird ausführlich erörtert, insbesondere der Einfluss „exogener“ Kräfte.

Pol-Heidelberg.

2) **Wittek.** Kurpfuscherei in der Orthopädie.

Wiener klin. Wochenschrift 1907. Nr. 50.

Verf. versteht unter Kurpfuscherei, dass Bandagisten die Befugnis haben, jedem Kunden mit körperlichen Gebrechen aus eigener Machtvollkommenheit mechanische oder orthopädische Stützapparate zu Heilzwecken anzulegen. Er weist auf die Schäden hin, die durch derartige Manipulationen entstehen. Andererseits bespricht er auch


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

den Umstand, dass den praktischen Aerzten die orthopädischen Fälle unbequem waren, und dass sie die Fälle einfach den Bandagisten überwiesen. Er will deshalb den orthopädischen Unterricht auf der Universität noch gründlicher vertreten sehen. Vor allen Dingen wünscht er, dass die Anatomie der äusseren Formen mehr berücksichtigt werde, damit das Auge sich übe und der diagnostische Blick sich schärfe. Gleichzeitig tritt er für Ausübung der Massage durch Aerzte ein und verwirft die Laienmassage. Der Unterricht für Massage sollte an allen Hochschulen eingerichtet werden.

Meyer-Heidelberg.

3) **R. Kienböck.** Ein Fall von initialer Akromegalie mit Zeichen von Entwicklungsstörung.

Allg. Wiener med. Zeitung. 1908. Nr. 9.

Bei dem beschriebenen Falle handelt es sich um einen 33 jähr. Mann, der wegen Nephrolithiasis zur Behandlung kam. Er bot folgenden Symptomenkomplex: Hochwuchs (185 cm), Veränderungen des Gesichtes, und zwar Verdickung der Jochbögen, des unteren Teiles der Nase, der Lippen, und vor allem Vergrösserung des Unterkiefers, Verlängerung des ganzen Gesichtes (Riesentypus), bedeutende Erweiterung der Stirnhöhlen. Deformation der Hände, und zwar abweichend von dem gewöhnlichen Befund bei Akromegalie nur an Daumen, Zeige- und Mittelfinger beider Hände, am stärksten an den Daumen. Von Allgemeinsymptomen fanden sich Abmagerung und Impotenz.

Als Nebenbefund Strabismus divergens links.

Aus Photographien geht hervor, dass das Leiden erst nach dem 20. Jahre in Erscheinung trat. Am Röntgenbilde ist keine Vergrösserung der sella turcica zu sehen. **Spitzy**-Graz.

4) **Moro.** Fötale Chondrodystrophie und Thyreodystrophie.

Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. 66, Heft 6.

Unter diesem zugleich die Aetiologie bezeichnenden Namen veröffentlicht der Verfasser einen Fall von Mikromelie, der in sich gewisse Symptome von Myxödem und Kretinismus mit angeborener Störung des Knorpelwachstums verbindet. Es handelt sich um einen männlichen Säugling, der von seiner vierten Woche bis zu seinem vor Ablauf des vierten Monats erfolgten Tode in klinischer Beobachtung und Behandlung stand, welch letztere in Darreichung von Thyreoidintabletten bestand. Ein günstiger Einfluss dieser Therapie erschien unverkennbar.


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Obduktion, welche im Verein mit der mikroskopischen Untersuchung die in dem Namen bezeichneten pathologischen Veränderungen erkennen liess, machen einen ätiologischen Zusammenhang wahrscheinlich, zumal Verfasser an einer Reihe von Fällen aus der Literatur die gleiche Kombination nachweisen kann.

Hoffmann-Heidelberg.

5) **Lipschütz.** Ueber idiopathische Osteopsatyrose.

Diss. Göttingen 1907.

Nach einigen Ausführungen über den Begriff der idiopathischen Osteopsatyrose und ihre Symtomatologie kommt L. auf einen Fall dieser Erkrankung zu sprechen, bei dem elf alte Frakturen nachgewiesen werden konnten, die ihren Sitz vorzugsweise in den spongiösen Teilen der Knochen hatten, eine Lokalisation, für die die Röntgenuntersuchung eine ausreichende Erklärung abgab, da bei derselben an der Corticalis keine nennenswerten Veränderungen zu sehen waren, wohl aber in den spongiösen Bezirken, die die Widerstandsfähigkeit dieser Knochenbezirke herabmindern, sie brüchig machen mussten. Die Auftreibung der Epiphysen, die sich auf den Röntgenbildern noch vorfand, glaubt L. auf das Missverhältnis zwischen gracilem Schaft und normal breiter Epiphyse zurückführen zu müssen. Im dritten Teil seiner Arbeit bespricht dann der Verf. noch die Beziehungen der idiopathischen Osteopsatyrose zu den foetalen Skeletterkrankungen. **Blencke**-Magdeburg.

6) **Ch. Tomita** (Japan). Ueber Knochentransplantation bei ausgedehntem Kontinuitätsdefekt der langen Röhrenknochen.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 90. Heft 1—3.

T. behandelt auf Grund von 5 Fällen von Kontinuitätsdefekt (5—12 cm) der langen Röhrenknochen die Frage der Knochentransplantation. In 3 Fällen deckte er den Defekt mit dem losgetrennten Periostknochenstück samt Knochenmark aus der gleichen oder andern Tibia desselben Individuums, in 2 Fällen mit frischem lebenden Tierknochen. Dreimal handelte es sich um Schussverletzungen der Tibia, zweimal um solche der Humerusdiaphyse. Die Erfolge waren gut. Bei der Operation muss das vorhandene Narbengewebe gründlichst entfernt und die Blutung exakt gestillt werden. Das einzupflanzende Knochenstück (bei grossem Kontinuitätsdefekt eignen sich freie Autoplastik und Homoplastik, nicht aber Heteroplastik) muss mit intaktem Periost und Mark möglichst


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schonend herausgenommen werden und muss so gross sein, dass es sich in den Defekt gut einheilen lässt. Die Haut wird bis auf eine kleine Stelle für einen Gazestreifen geschlossen.

Das implantierte Knochenstück aus demselben Individuum behält seine Lebensfähigkeit so lange, bis es mit den beiden Fragmenten gut konsolidiert ist; es verwächst sehr frühzeitig mit den Weichteilen. Das Periost des implantierten Tierknochens zeigt keine Wucherungstendenz; auch reizt der Tierknochen die Fragmente weniger zur Kallusbildung. Ein lebensfrisches Knochenstück (von Mensch oder Tier) heilt glatt ein, auch wenn es eine bedeutende Grösse besitzt. Menschlicher Knochen heilt auch nach partieller Nekrose mit Abstossung von Sequestern ein. Die Zellen des tierischen Knochen sterben im menschlichen Organismus allmählich ab, werden resorbiert und durch menschliche Knochenzellen (Kallus) substituiert. Lebender Tierknochen ist der toten Substanz aus dem Grunde vorzuziehen, weil er besser einheilt und den beiden Fragmenten eine bessere Stütze abgibt. **Stoffel**-Heidelberg.

7) **Meurers.** Erfahrungen über die Jodoformknochenplombe nach v. Mosetig-Moorhof.

Beiträge zur klin. Chir. Bd. 56, Heft 1.

M. teilt die Erfahrungen mit, die er bei 45 Knochenplombierungen mit 34 Heilungen (25 primäre, 9 mit geringer Plombenabstossung) gemacht hat.

Die Misserfolge fielen fast sämtlich in die erste Zeit der Anwendung, sodass sie wohl zum grössten Teil der noch ungenügenden Technik oder schlechten Auswahl der Fälle zur Last fallen. Die Füllmasse (von der bekannten Zusammensetzung) wird folgendermassen behandelt: Sesamöl und Wallrath werden für sich sterilisiert, im sterilen Kolben mit Jodoform gemischt 15 Minuten auf 80° erwärmt.

Bezüglich der Technik ist vor allem eine peinliche Säuberung der Höhle erforderlich, ferner möglichst vollkommene Trockenlegung, d. h. Blutstillung; wenn irgend angängig, wird unter Blutleere operiert. Tritt keine primäre Heilung der Operationswunde ein, oder bleiben Fisteln bestehen, so ist die Sekretion eine so geringe, dass etwa nur alle 10—14 Tage ein Verbandwechsel erforderlich ist.

Intoxikationserscheinungen sind wegen der sehr langsamen Resorption selten; als Mittel dagegen empfiehlt M. Acid. sulfanil. 5,0, Natr. bicarb. 2,5, Aq. dest. 200,0 S. 1—2 stdl. 1 Esslöffel.


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zur Behandlung kamen Osteomyelitis chronica, Lues, Tuberkulose der Knochen und Gelenke. Seine Erfahrungen fasst M. dahin zusammen.

„Die Methode eignet sich in erster Linie zur Ausfüllung tuberkulöser Knochenherde, bei ostitischen Prozessen ohne oder mit gleichzeitiger Gelenkerkrankung. Sie ermöglicht bei Gelenkresektionen ein sehr schonendes Operieren, da es meist genügt, eine dünne Knorpellamelle abzutragen, die Herde in den Stümpfen auszubohren und zu plombieren. Ein Ausgiessen der Gelenkhöhle selbst mit der Füllmasse ist bei Knie- und Ellbogenresektionen zu widerraten. Bei osteomyelitischen Knochenhöhlen empfiehlt es sich, die Plombierung erst im chronischen Stadium vorzunehmen, und zwar bei noch stark eiternden Fällen erst nach mehrtägiger offener Tamponade der freigelegten und gesäuberten Höhlen."

Rauenbusch-Heidelberg.

8) **A. H. Miller** (Providence R. I.). Seashore Treatment of Tuberculous Arthritis of Children.

Boston Med. und Surg. Journ., Nov. 14, 1907.

Die Behandlung der Gelenktuberkulose der Kinder am Seeufer und besonders durch Seebäder wird von M. in wärmster Weise befürwortet. Er kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Durch frische Luft am Seeufer, reichliche und geeignete Nahrung, mit Seebädern und möglichst freiem Umhergehen kombiniert, wird in allen Fällen tuberkulöser Arthritis bei Kindern stets ununterbrochene und gleichmässige Verbesserung herbeigeführt.

2. Man soll für die körperliche Aktivität d. Pat. sorgen und womöglich nur das kranke Gelenk durch orthopädische Apparate schützen.

3. Der Effekt der Seebäder zu Gunsten des Pat. ist so bedeutend, dass man zu diesem Zwecke ruhig die orthopädischen Apparate für kurze Zeit täglich weglassen darf; die aus theoretischen Gründen zu befürchtende Gefahr wird mehr als aufgewogen.

4. Fisteln, welche täglich im Seewasser gebadet werden, zeigen überraschende Heilungen, ohne dass sie irgendwelche andere Behandlung als einfachen Schutzverband bekommen. **Freiberg**-Cincinnati.

9) **Delhern** (Paris). Traitement électrique des fractures et des entorses. (Die elektrische Behandlung der Frakturen und Distorsionen.)

La médecine des accidents de travail. Bd. V, S. 121.

Statt längerer Immobilisierung der Frakturen empfiehlt Lucas-



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Championnière Massage und zeitige Mobilisierung. Nach Libottes Vorgehen empfiehlt Verf. zeitig den elektrischen Strom anzuwenden, da dieser ebenso gute Erfolge liefere, wie die Massage. Eine Elektrode auf die Bruchstelle, die andere auf irgend einen Punkt der Extremität. Galvanischer Strom von 5—25 Milliampères für 10—20 Minuten. Gangitano und Blasi sahen guten Erfolg bei artificiell erzeugten Frakturen an Kaninchen. Der elektrische Strom soll Zirkulation und Resorption anregen und die Kallusbildung erleichtern. Gegen Muskelatrophien und Versteifungen ist der faradische oder der sinusoidale Wechselstrom anzuwenden. Von Wichtigkeit ist auch der elektrische Strom bei der Behandlung der Distorsionen, und zwar soll die elektrische Behandlung baldigst nach dem Unfall einsetzen. Nach Ansicht des Verf. verdient sie den Vorzug auch vor der Massage. Immobilisierung soll ganz aus dem Spiel bleiben. Am besten ist der undulierende oder sinusoidale Wechselstrom, breite Elektroden zu beiden Seiten des Gelenks. In zweiter Linie kommt der faradische Strom in Betracht. Bei älteren Distorsionen sind die Erfolge der elektrischen Behandlung auch gute, aber nicht so glänzend, wie bei frischen Verletzungen.

Ottendorff - Hamburg - Altona.

10) **Fr. Grón.** Von der klinischen Bedeutung der Muskel- und Bindegewebsinfiltrate.

Norsk Mag. f. Laegevidenskab. Nr. 1—2 1908.

Nach einer historischen Einleitung werden 12 Fälle aus der Kristiania-Telefon-Zentrale erwähnt, wo ausser den Infiltraten nervöse Symptome das Krankheitsbild beherrschten. Die darauffolgende Diskussion drehte sich hauptsächlich um die Existenz oder Nicht-Existenz der Infiltrate, indem von einzelnen Rednern alles als Hysterie angesehen und die Existenz der Infiltrate verneint wurde. Dr. Mellbye hatte 146 Fälle von Infiltraten gesehen, unter ihnen 135 Frauen und 11 Männer.

Von den in der Diskussion angeführten Krankengeschichten sind drei bemerkenswert, weil Infiltrate in den Bauchdecken zu einer fehlerhaften Appendicitisdiagnoses geführt haben.

Gegenüber der Hysterie- und Neurastheniediagnose im allgemeinen wurde von Dr. Reinhardt-Natvig folgendes angeführt:

1. Einem seiner Patienten mit chronischer Cephalalgie wurde 1895 ein Haut-Bindegewebsstück aus dem Nacken exstirpiert. Die mikroskopische Untersuchung zeigte ein sklerosiertes Gewebe.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2. Er hat 2 Fälle mit Muskelcrepitiren gesehen, ähnlich dem von Brauer in den Mitteilungen aus den Grenzgebieten 1903 mitgeteilten Falle.

3. Ein amerikanischer Violinist studierte 1899 weiter in Berlin; spielte 6—7 Stunden pro Tag. Darauf linksseitige Armschmerzen, wurde arbeitsunfähig. Diagnosis: Erschöpfungsneurose. Von mir 1902 untersucht. Keine Druckempfindlichkeit über Plexus brachialis, keine Anästhesie oder Hyperästhesie. Die elektrische Untersuchung zeigte vollständig normale Verhältnisse. Der Palpationsbefund über N. Radialis führte zu einer Inzision; der Nerv wurde ca. 10 cm blosgelegt. Das Neurilemm zeigte sich hyperämisch, ödematös, verdickt. Also eine Perineuritis N. Radialis.

4. Wurde 1893 von einer Frau konsultiert mit Acroparästhesie (Schulze), die als Sensibilitätsneurose aufgefasst worden ist. In beiden Armen zahlreiche subkutane Infiltrate. Nur der rechte Arm wurde behandelt; dieser war 2 Jahre später schmerzfrei; der linke zeigte mehrere Rezidive.

5. In einem Falle von Neuralgia parästhetica, nevralgie du fémoro-cutané, hat Nawsatzki eine spindelförmige Verdickung mit starker Atrophie der Nervenfasern gefunden.

6. Ischias, die als eine „Neuralgie" bezeichnet wird, hat sich in mehreren Operationsfällen als eine Neuritis erwiesen.

Redner kennt einen Fall von Schüssler (Bremen), 8 Fälle von Crawford-Renton, 1898 mitgeteilt, und ähnliche aus Dänemark.

Redner hat 3 der „Telefonneurosen" aus der Kristiania-Zentrale untersucht. Die Untersuchung fiel in einem Falle negativ aus. In dem zweiten waren Muskelinfiltrate im Pectoralis major, im Deltoideus und Armmuskulatur; nebenbei eine Synovitis im rechten Claviculo-Acromialgelenk. Im dritten ebenfalls Myositen und eine Periostitis des unteren Endes des rechten Radius, was auch radiographisch festgestellt wurde. **Reinhardt-Natvig** - Christiania.

11) **E. H. Bradford** und **R. Soutter** (Boston). Muscle and Tendon Transference.

Boston Med. and Surg. Journ., Nov. 14, 1907.

Verff. berichten über 35 von ihnen operierte Fälle. Es wurde die Methode der periostalen Einpflanzung sowie der Seidenstrangverlängerung angewandt. Sie waren mit letzterer Methode besonders zufrieden. Es wird über verschiedene interessante Fälle berichtet. Die Operationen betrafen Sehnenüberpflanzung mittelst Seidensehne gegen Fussdeformitäten, Verlängerung der Kniebeuger



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

durch Seidensehne bis zum Fersenbein, tendinöse Fixation am Fussgelenk sowohl als andere Ueberpflanzungen bei Fuss-, Knie- und Schulterlähmungen.

Verff. sprechen sich sehr günstig aus für die Ueberpflanzung überhaupt, und sehen darin eine Prozedur, die dem Pat. bei minimaler Gefahr viel Nutzen gewährt. Die früher von Verff. publizierten Fälle, Operationen von Sehne auf Sehne ohne gleichzeitige Verkürzungen betreffend, werden mit den neueren durch Seidenverlängerung, periostale Einpflanzung, und gleichzeitige Sehnenverkürzung verglichen und zu Gunsten der letzteren.

Durch diese Erfahrungen glauben sich Verff. berechtigt in allen geeigneten Fällen gleichwertigen Vorteil erwarten zu dürfen.

Freiberg - Cincinnati.

12) **Leray** und **Jontaire** (Rennes). Nombreux cas d' impotence fonctionelle grave des membres, traités et guéris par la mécanotherapie. (Heilung von Gelenkverstauchungen mittels medico-mechanischer Apparate.)

La médec. des accid. de trav. Bd. V., S. 7.

L. und J. führen eine Anzahl Beispiele von rascher Heilung der verschiedensten Gelenkverstauchungen durch medicomechanische Uebungen an. Da in Frankreich, spez. zur Behandlung von Unfallverletzten, medicomechanische Behandlung noch wenig eingeführt ist, so wollen die Verf. an ihren Beispielen die grossen Vorteile und raschen Erfolge dieser Therapie demonstrieren. In den angeführten Fällen war der Erfolg ein rascher und guter. Die Verf. plaidieren sehr für eine weitere Ausbreitung dieser Behandlungsmethode.

Ottendorff - Hamburg - Altona.

13) **Smitt** (Dresden). Mitteilungen aus dem Gebiete der Massage und der schwedischen Heilgymnastik.

Deutsche Militärärztl. Zeitschr. 36. Bd., S. 385.

Verf. empfiehlt sehr die Anwendung der Massage und der Heilgymnastik durch den Arzt, oder wenigstens durch besser ausgebildete Leute, als sie die Mehrzahl der Masseure bis jetzt vorstellt. Nach kurzer Erläuterung über die Wirkungsweise der Massage geht Verf. dazu über, die Anwendung der Massage sowie der Gymnastik bei einzelnen Krankheitsformen zu schildern. Spez. bei Kopfschmerzen, die nach den Ansichten des Verf. sehr häufig muskuläre Erkrankungen (Myitiden) in der Umgebung des Kopfes zur Grundlage haben, erzielte Verf. gute Erfolge. Gleichartige Ent-


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zündungen, wie in den Muskeln, hat Verf. auch im Unterhautzellgewebe festgestellt, wo sie von andern nicht erkannt worden waren und zu Irrtümern in Diagnose und Behandlung Anlass gegeben hatten. Auch bei Obstipation sowie den Konstitutionskrankheiten, Diabetes, Gicht, Fettleibigkeit und bei Anämie, sah Verf. erhebliche Besserung eintreten. Bei Rekonvaleszenten, spez. von akutem Gelenkrheumatismus, empfiehlt S. sehr Massage und passive resp. Widerstandsbewegungen. Auch Heufieber liess sich durch Massage des Naseninnern und Allgemeinmassage und Gymnastik zur Abhärtung günstig beeinflussen. Dass auch bei Verstauchungen, sowie bei den meisten Leiden, die in das Gebiet der Orthopädie gehören, Massage und Gymnastik von grossem Werte sind, ist ja allgemein bekannt. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

14) **Cramer.** Ueber Alypin, Stovain und Novokain.
Diss. Freiburg 1908.

C. hält das Novokain für das beste der drei Anästhetika und ist der Ansicht, dass es sich auf allen Gebieten der Anästhesie den ersten Platz erorbern wird, namentlich aber als Lokalanästheticum. Die Gründe, die C. für diese seine Behauptung ins Feld führt, sind zunächst die Erfolge, die überall mit dem Novokain erzielt wurden, ferner dass sich dasselbe durch eine absolute Reizlosigkeit im Gewebe auszeichnet, dass es sechsmal weniger giftig ist als Kokain und zweimal weniger giftig als Stovain, und dass es weiter von allen drei Mitteln das einzige ist, das zu allen Arten von Anästhesie zu gebrauchen ist. **Blencke**-Magdeburg.

15) **Sierig.** Zur Lumbalanästhesie.
Diss. Freiburg 1907.

S. gibt einen kurzen Ueberblick über die Geschichte und den augenblicklichen Stand der Frage der Lumbalanästhesie auf Grund eingehender Literaturstudien — das beigegebene Verzeichnis der diesbezüglichen Arbeiten umfasst 283 Nummern —, bespricht ihre Vorteile und Nachteile gegenüber den anderen Methoden, ihre Indikationen und Kontraindikationen und kommt dann in dem Schlusskapitel der Arbeit auf ihre Anwendung in der Geburtshülfe zu sprechen. **Blencke**-Magdeburg.

16) **Fritz Brenner** (Frankfurt a. M.). Ueber klinisch latente Wirbeltuberkulose.
Frankfurter Zeitschr. für Pathologie. I. Bd., 2. Heft. 1907, pag. 293.

Unter dem Material von 2500 in 2 Jahren sezierten Leichen fand sich in 39 Fällen ausgesprochene tuberkulöse Wirbelerkrankung


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

— Miliartuberkulose der Wirbel in Analogie miliarer Knoten in inneren Organen bei allgemeiner Miliartuberkulose dabei nicht berücksichtigt —, diese bot in 22 Fällen (also in 56 Prozent) keine klinischen oder keine zur klinischen Diagnose führenden Symptome. Dem Material, das klinischen und Sektionsbefund bietet, reiht Verf. 3 Fälle nur klinischer Beobachtung an, die subjektiv symptomlos.

Verfasser kommt zu folgenden Resultaten:

Die Wirbeltuberkulose ist auch beim Erwachsenen nicht selten; da oft die Wirbel nur oberflächlich erkranken, die Zwischenwirbelscheiben einschmelzen, braucht es zu keiner Deformität zu kommen.

Die zweifellose Häufigkeit in der Jugend erscheint vielleicht grösser, weil die Diagnose leichter stellbar infolge grösserer Neigung der jugendlichen Wirbelsäule zur Verbiegung usw.

Die unteren Brust- und oberen Lendenwirbel erkranken am häufigsten, Halswirbel, mit Ausnahme der beiden obersten, relativ selten.

Die Erkrankung lokalisiert sich meist in den Wirbelkörpern und Zwischenwirbelscheiben — gewöhnlich in ersteren beginnend — selten in den Bogen und Querfortsätzen. Der Prozess schreitet oft bei geringer Erkrankung des Wirbelkörpers oder bei Ausheilung dieses prävertebral und intervertebral weiter: Sekundäre Erkrankung anderer Wirbel.

Von komplizierenden lokalen Prozessen herrschen vor die prävertebralen und Psoasabszesse, weniger die paranephritischen und Beckenabszesse, Pleuritis und Peripleuritis, noch seltener sind Pachymeningitis und Myelitis.

Ein exakter Nachweis, dass für die gefährlichste Komplikation, die generalisierte Miliartuberkulose (15 mal unter 39 Fällen), die Wirbeltuberkulose der Ausgangspunkt ist, nicht möglich, das Bild der Miliartuberkulose bei Wirbelcaries — ähnlich wie bei tuberkulöser Hüft- und Ileosakralgelenkentzündung — aber sehr charakteristisch: in Lunge und in den übrigen Organen verhältnismässig geringe — deutlich hämatogene, akute bis subakute oder sub-chronische oder chronische — Aussaat von Knötchen.

In fast allen Fällen fanden sich tuberkulöse Veränderungen in anderen Organen, besonders der Lunge; die Wirbeltuberkulose ist meist sekundär, hämatogen entstanden, primär wohl selten.

Zweifelhaft ist, ob ein Trauma den tuberkulösen Prozess auslöst, sicher, dass leichte — nicht dagegen schwere — Traumate einen ruhenden Herd anfachen.


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:09 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zwecks klinischer Diagnose ist zu achten auf: Kleinerwerden der Patienten, Kyphose der Brust-Wirbelsäule, Abnahme der Lordose der Lendenwirbelsäule, Abszedierung am Thorax — wenn beiderseitig, eher Wirbelsäule als Rippen krank.

Scheinbar ausgeheilte, auch sklerosierte Fälle — infolge juveniler Tuberkulose seit vielen Jahren bestehende Verkrümmung und Starrheit der Wirbelsäule —, die wieder exazerbieren, bieten besondere diagnostische Schwierigkeiten.

Pol-Heidelberg.

17) **Marx.** Ein Fall von Malum suboccipitale mit Brown-Séquardschem Symptomenkomplex.

Diss. Bonn 1908.

In dem vorliegenden Falle handelte es sich um eine Atlanto-occipitaltuberkulose, die insofern etwas besonderes darbot, dass sie den Brown-Séquardschen Symptomenkomplex aufzuweisen hatte. Im Anschluss an diesen Fall, dessen Krankengeschichte ausführlich mitgeteilt wird, bespricht Verf. die Differentialdiagnose und spezielle Symptomatologie dieser Erkrankung. **Blencke**-Magdeburg.

18) **v. Hovorka.** Scoliosis lumbagica.

Wiener med. Blätter. 1908. Nr. 7.

Verf. berichtet über 2 Fälle von rechtsseitiger Lumbago bei kräftigen, gerade gewachsenen Männern, bei denen es zu einer nach der kranken Seite konvexen Skoliose gekommen war. (Neuromuskuläre Skoliose.) Charakteristisch ist für diese Art der Skoliose das Verschwinden bei Suspension. Therapie in beiden Fällen: Bettruhe. Massage, Schwitzkur, wechselwarmes Regenbad, nach einer Woche heilgymnastische Uebungen. Anschliessend erörtert Verf. die bisher aufgestellten Theorien über die mit obiger Erkrankung nahe verwandte Scoliosis ischiadica, die einen muskulären oder einen nervösen Ursprung annehmen, ja ihn sogar in den Gelenken suchen oder auf statische Momente zurückführen.

v. Hovorka meint mit Hoffa und Vulpius, dass es sich um eine Reflexkontraktur mit Betonung statischer Momente handelt. Um Schmerzen in den erkrankten Partien zu vermeiden, kommt es in der Muskulatur der gesunden Seite zu dauernder Kontraktion, dann Kontraktur, Hypertrophie, schliesslich zu Veränderungen an Knochen und Gelenken, welche auch bei der Therapie berücksichtigt werden müssen. (Heilgymnastik.) **Spitzy**-Graz.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

19) **Liebe.** Ueber einen Fall von Littlescher Starre mit corticaler Amblyopie.

Dissert. Leipzig 1907.

L. gibt die Krankengeschichte eines Falles von Littlescher Erkrankung wieder, die besonders dadurch interessant war, dass eine Amblyopie bestand, ohne dass der Augenbefund eine Erklärung dafür abgab. Ausser dieser fand sich noch an den Augen ein irregulärer Nystagmus, dagegen fehlte der bei der Littleschen Starre so häufig vorkommende Strabismus. Der Sitz der Amblyopie, die von Anfang an vorhanden gewesen war, aber keine Steigerung, sondern eher eine Verminderung erfahren hatte, muss, da der Augenspiegelbefund vollkommen normal war, der Tractus opticus zentralwärts von der Sehnervenpapille sein, und zwar, da es sich bei der Starre um Veränderungen handelt, die in der motorischen Zone der Hirnrinde ihren Sitz haben, auch in der Hirnrinde. Nach des Verf. Ansicht wird es sich um Veränderungen des Sehzentrums im Hinterhauptlappen handeln. **Blencke**-Magdeburg.

20) **Savariand** (Paris). Fractures de l'humérus, fractures de la diaphyse: avantages d' abduction du bras pendant le traitement. (Brüche der Humerusdiaphyse. Die Vorteile der Abduktionsstellung des Armes während der Behandlung.)

La méd. des accid. de travail. Bd. V. S. 133.

S. weist darauf hin, dass eine Fixation des gebrochenen Humerus in vertikaler Lage nicht tunlich ist, da blos das untere Fragment dadurch beeinflusst wird, während das obere durch den Zug der Muskulatur (Deltoides) und durch die Körperhaltung des Pat. nach oben disloziert wird. Er plaidiert deshalb dafür, den Verband in elevierter Stellung des Oberarms anzulegen, da hierdurch die Fragmente in gute Position zu einander gebracht werden, und ausserdem der Verband resp. der von ihm verwandte Apparat von Hennequin am Rumpf einen besseren Halt findet, sodass die am peripheren Fragment angreifende Extension besser zur Wirkung gelangt. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

21) **Klempin.** Zur operativen Behandlung der veralteten Ellbogenverrenkungen mit besonderer Berücksichtigung der temporären Resektion des Olecranons.

Dissert Leipzig 1908.

Auf Grund eines beobachteten Falles und eingehender Litteraturstudien ist K. zu der Ansicht gekommen, dass bei jeder ver-



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

alteten Ellbogenverrenkung, falls die unblutige Einrenkung nicht möglich ist, die blutige Reposition vorzunehmen ist, und zwar ist die Resektion am Platze, wenn infolge grösserer Fraktur und Dislokation oder hochgradiger Veränderung der Gelenkkörper die Reposition nicht dauernd gelingt oder aussichtslos erscheint. Die für die blutige Reposition wie für die Resektion gleich gut geeignete Trendelenburgsche Methode der temporären Resektion des Olecranons resp. deren Modifikation nach Schlange ist nach des Verf. Ansicht den anderen Methoden als mindestens gleichwertig zu erachten und keineswegs als veraltet aufzugeben.

Blencke-Magdeburg.

22) **Hagen.** Zur Statik des Schenkelhalses.

Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. 56, Heft 3, S. 627.

Verf. verwirft die Kranentheorie Wolffs und steht auf dem Standpunkt Bährs. Der Oberschenkel besteht aus 2 Krümmungsbogen, deren Scheitelpunkte an der Ansatzstelle des Schenkelhalses und in der Mitte des unteren Schaftdrittels gelegen sind. Mit Bähr nimmt er auch die Stelle der maximalen Spannung im Schenkelhals auf der Höhe des Zugbogens an.

Den Umstand, dass bei der Coxa vara entgegen dem Transformationsgesetz Wolffs der Zugbogen des Schenkelhalses atrophiert, während der Druckbogen hypertrophiert, erklärt Verf. damit, dass unter pathologischen Verhältnissen der Zugbogen nicht die Zeit hat, sich den veränderten statischen Verhältnissen durch Hypertrophie anzupassen, dass also die Elastizitätsgrenze zu früh überschritten wird. Gleichzeitig mit der Beanspruchung des Zugbogens geht auch eine stärkere Beanspruchung des Druckbogens einher, sie ist aber langsamer und daher kann sich eine Hypertrophie ausbilden. Die Torsion des Schenkelhalses geschieht durch die am Trochanter ansetzenden Muskelmassen, deren Zug durch die veränderten statischen Verhältnisse noch vermehrt wird. **Meyer**-Heidelberg.

23) **Wörner.** Zur Frage der Luxatio centralis femoris.

Beitr. z. klin. Chir. Bd. 56. Heft 1.

W. kommt auf Grund von vier eigenen und 37 aus der Literatur zusammengestellten Fällen dieser seltenen Verletzung zu dem Ergebnis, dass es eine isolierte Fraktur des Bodens der Hüftgelenkspfanne mit Durchtritt des Oberschenkelkopfes ins Becken gibt. Sie entsteht durch eine einzige Gewalteinwirkung, meist Fall, auf die Hüfte und entspricht der sog. luxatio centralis femoris der



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Lehrbücher. Sie ist bis jetzt sehr selten sicher nachgewiesen, da bei einer grossen Anzahl der beschriebenen Fälle ausgedehnte Splitterungen des Beckens vorhanden waren. Das Röntgenverfahren ist die einzig sichere Methode, sie am Lebenden zu diagnostizieren. Bis jetzt ist kein Fall publiziert, wo die Bruchlinien nicht über den engeren Bereich der Pfanne hinausgegangen wären. Bis dieser Beweis erbracht ist, scheint ein glattes Durchtreten des Femurkopfes durch ein Loch in der Pfanne wenig glaubhaft.

Therapeutisch ist von Rehn mit gutem Erfolg versucht worden, durch starken seitlichen und nach unten gerichteten Zug den Kopf zu reponieren. **Rauenbusch**-Heidelberg.

24) **E. G. Abbott** und **H. A. Pingree** (Portland, Me.). The ambulatory treatment of hip joint disease.

Journ. of the Americ. Med. Assoc. 8. Februar 1908.

Um die besten Resultate bei der ambulanten Behandlung der Hüftgelenktuberkulose zu erzielen, muss das kranke Gelenk der Fixation, der Entlastung sowie dem Zug unterworfen werden. Nachdem die sogenannten „deutschen“ und „österreichischen“ Methoden des Gipsverbandes, die englische „Thomas“-Schiene und die amerikanische „Taylor“-Schiene, beschrieben worden, gehen die Verff. darauf ein, einen Gipsverband darzustellen, der als Kombination der obengenannten angesehen werden muss.

Der Verband wird auf einem Gasrohrrahmen in Abduktion und Streckung des Gelenkes angelegt; er reicht von den Axillen bis zum Knie; nachdem er hart geworden, wird ein Gehbügel hinzugefügt, der dem Lorenzschen sehr ähnlich ist, nur dass sich unten ein Gewinde befindet. Letzteres dient dazu, mittels Heftpflasterstreifen die Extension auszuüben. Der Pat. trägt hohe Sohle auf dem gesunden Fuss und geht mit Krücken.

200 Patienten sind von Verff. dieser Behandlung unterzogen worden; dabei ist es in keinem Fall zur Abscedierung gekommen, wo dieselbe nicht vor der Behandlung schon hatte nachgewiesen werden können. Die Zeit der Beobachtungen beträgt sechs Jahre. Es wird kein Anspruch auf Originalität von Verff. gemacht; die Methode soll sich nur durch grösstmögliche Leistungsfähigkeit, bei niedrigem Preis, auszeichnen. (9 Abbildungen im Text.)

Freiberg-Cincinnati.

25) **M. Jaboulay** (Lyon). Ankylose de la Hanche et main bote par ostéomyélite.

Gaz. des hôpitaux. 1907. Nr. 113, p. 1347.

Bei einem 70jährigen Mann, der wegen Prostatahypertrophie



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in Behandlung kam, wurde folgender Nebenbefund erhoben: Ein Hüftgelenk ist in einer Flexionsstellung des Oberschenkels von 90° ankylosiert, und zwar nach einer Osteomyelitis des oberen Femurendes. Die gute Gehfähigkeit zeigt, dass die Flexion die beste Stellung für eine ankylotische Hüfte ist.

Gleichzeitig mit der Erkrankung des Hüftgelenks trat ein Abscess am rechten Handgelenk auf. Der Kranke hat eine leichte Bewegungsbehinderung zurückbehalten, ferner aber eine Deformität, die etwa der Madelung'schen Krankheit gleicht: Vorspringen der unteren Ulnaepiphyse nach der Dorsalseite hin, Hervortreten der Flexorensehnen über dem Handgelenk. Nach dem Röntgenbild ist nur die untere Radiusepiphyse verändert, wie J. meint, durch funktionelle Adaption an den veränderten Zustand des Handgelenks, der radiokarpalen Subluxation. (Wahrscheinlicher ist nach dem Röntgenbild eine teilweise Zerstörung der Epiphysenlinie und dadurch bedingte Schiefstellung der Gelenkfläche des Radius. Ref.).

Ewald-Hamburg.

26) **Marchais** (Paris). L' entorse du genou et son traitement. (Die Distorsion des Kniegelenks und ihre Behandlung.)

La méd. des accid. do travail. Bd. V. S. 119.

Nach M. besteht die Distorsion des Kniegelenks meistens in einer Abreissung des Lig. lat. int. durch Einwärtsschieben des Kniegelenks. Die Folge ist dann ein Bluterguss ins Gelenk. Immobilisierung bringt nicht nur den Erguss, sondern auch die Muskulatur zum Schwinden. Das beste Mittel nach M. ist Massage, die sofort nach dem Unfall einzusetzen hat. Am 3. Tage Punktion des Kniegelenks, dann Massage auf 3—5 Wochen. Bewegungen macht der Kranke zunächst im Bett, nach 3—10 Tagen kann er gewöhnlich aufstehen und zu gehen anfangen. Häufig schliessen sich an eine Distorsion Zeichen von Arthritis an. Geschieht das nach leichten Traumen, so ist anzunehmen, dass die Arthritis schon vorher bestand und nur in Folge des Traumas exacerbierte. Deshalb ist die Prognose gerade bei leichten Traumen mit nachfolgenden Verletzungs-Erscheinungen sehr vorsichtig zu stellen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

27) **A. Hoffmann** (Greifswald). Zur Technik der Patellarnaht.

Deutsche Zeitschr. für Chirurgie. Bd. 91. Heft 5—6. Pag. 623.

H. erwähnt die verschiedenen Nahtmethoden bei Patellarfraktur und beschreibt das von Payr geübte Verfahren: Von den



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bruchflächen der Patella aus werden in der Längsrichtung des Beines an jedem Fragment je 2 Bohrlöcher angelegt, die proximal zu beiden Seiten der Quadrizepssehne, distal jederseits des Lig. patellae ausmünden. Durch diese Löcher wird ein sich zum Viereck mit abgerundeten Ecken schliessender Silber- oder besser Aluminiumbronzedraht geführt, der die Quadrizepssehne resp. das Lig. pat. quer durchbohrt. Geknüpft wird der Draht an einer der 4 Ecken. Die Vorteile dieser Methode sind: Der Draht erreicht nirgends das Gelenkinnere; ein Durchschneiden des Drahtes ist ausgeschlossen; Knochen und Sehnen werden als Angriffspunkte benutzt. Bei der Haut wählt man einen Hufeisenschnitt mit unterer Basis. Payr fixiert das Knie in leichter Beugestellung (Winkel von 140°).

Stoffel-Heidelberg.

28) **P. Graf** (Kiel). Einige Bemerkungen zur Zerreissung der Kniekehlengefässe.

Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 90, Heft 1—3, Pag. 241.

Gr. bobachtete einen Fall von Durchreissung der Art. poplitea dicht an der Gelenklinie. Der betr. Pat. war aus einer geringen Höhe gefallen. Charakteristisch für die Ruptur der Kniekehlengefässe sind die starke Schwellung in der Kniekehle, die durch das in die Gewebe ausströmende Blut gesetzte brettharte Infiltration der Haut und der Muskelinterstitien, das rasche Blau- und Kaltwerden des Fusses und die auftretenden sensiblen Störungen. Die angelegten grossen Entspannungsschnitte konnten den Fuss nicht retten; es musste eine Oberschenkelamputation vorgenommen werden.

Um den Entstehungsmechanismus dieser Gefässverletzung klar zu legen, stellte Gr. Leichenversuche an und kam zu folgenden Ergebnissen: die Gefässe sind im Adduktorenkanal und im Schlitz der Wadenmuskulatur fest fixiert. Bei Luxation der Tibia nach hinten steigt der lange femorale Abschnitt der Art. poplit. sanft zur hinteren Kante der Tibia empor, über die sie sich im stumpfen Winkel unter mässiger Spannung hinwegspannt. Luxierte man aber die Tibia nach vorne, dann zog die Poplitea über die Fossa intercondyl. zum Bersten gespannt und in einem Winkel von ca. 100° abgeknickt steil nach unten zum Wadenmuskelschlitz. Es müssen also Luxationen der Tibia nach vorn viel häufiger zur Verletzung der Poplitea führen als solche nach hinten.

Stoffel-Heidelberg.


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

29) **M. H. Toussaint.** Cure opératoire d'un volumineux Cyste synovial de l'articulation péronéto-tibiale supérieure. — Syndaktylie bilatérale des deuxième et troisième orteils.

Revue d'orthopédie 1908. 1. p. 69.

Nach einem anstrengenden Marsch bekam ein Soldat langsam zunehmende Schmerzen im oberen Drittel und an der Aussenseite des rechten Unterschenkels. Es fand sich bei der Operation ein Sack von der Grösse einer Mandarine, mit einer gallertigen Masse gefüllt, durch einen Stiel mit dem Tibiofibulargelenk zusammenhängend. Die Cyste wird am Stiel abgetragen, letzterer fest vernäht. Heilung und volle Funktion.

Die Zyste war an einer Stelle kürbisähnlich eingeschnürt, hatte eine dicke Wand, in der sich mikroskopisch Knorpelzellen, an anderen Stellen myxomatöses Gewebe fand, so dass T. annimmt, die Cyste sei aus einem Neoplasma hervorgegangen, das an einzelnen Stellen degeneriert sei.

Ausserdem fand sich bei dem Patienten eine doppelseitige inkomplette kutane Syndaktylie der II. und III. Zehe.

T. stellt die gewagte Frage an die Embryologen, ob zwischen Cyste und Syndaktylie eine ätiologische Verbindung bestehe.

Ewald - Hamburg.

30) **A. P. C. Ashhurst** (Philadelphia). Tendon Transplantation in the treatment of congenital and acquired talipes.

Amer. Journal of the Med. Sciences. August 1907.

C. macht das Bekenntnis, dass die blutigen Operationen, die am kongenitalen Klumpfuss gemacht worden sind, meist unbefriedigend waren, die Korrektion war gewöhnlich nur eine vorübergehende. Er sieht die Ursache dafür darin, dass das Gleichgewicht der betreffenden Muskeln gestört ist; diese Störung des muskulären Gleichgewichts macht er verantwortlich für die Rückkehr der Deformität, wenigstens in einem Teil der Fälle. Für solche will er die Sehnenüberpflanzung angewendet wissen.

Bei dem Klumpfuss paralytischen Ursprungs soll die Ueberpflanzung nur gemacht werden, nachdem ein Jahr verflossen und nachdem man durch Massage, Elektrizität und orthopädische Apparate die spontane Besserung befördert hat.

C. hält die Aussicht für erfolgreiche Operationen an den Nerven nicht für ermutigend, obwohl er darin persönlich nicht erfahren ist.


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bei der Besprechung der Indikationen und der Technik der Sehnenoperationen wird nichts neues hervorgehoben; die periostale Einpflanzung wird bevorzugt. An Stelle der Seide gebraucht Verf. lieber Chromkatgut als Nahtmaterial.

Es werden 6 erfolgreiche Fälle beschrieben, worunter nur zwei kongenitaler Art. Bei dem ersten handelte es sich um einen Jungen von 7 Jahren, der bis zum 4. Jahre von anderer Seite mit Tenotomien d. tib. postic., tendo Achill. und Fasc. plant. behandelt wurde. Es bestand noch ausgeprägter Varus, obwohl die Equinusdeformität beseitigt war. Das gewaltsame Redressement wurde ausgeführt, aber vergebens, der Fuss federte zurück in seine alte Stellung. Die Schwäche der Peronei soll dafür die Ursache gewesen sein. Es wurde deswegen die Ueberpflanzung von Tib. Ant. auf Metatars. V. ausgeführt und zu gleicher Zeit wurde die Sehne mit dem Peron. brev. an seiner Insertionsstelle verbunden. Der Erfolg war sehr befriedigend. Ein zweiter kongenitaler Fall ist dem ersten sehr ähnlich, nur dass das Resultat durch Ausstossung der Seidennähte vereitelt wurde und von einer zweiten erfolgreichen Operation gefolgt war; bei dieser wurde aber die Seide wieder gebraucht.

Unter den übrigen Fällen ist nur der 6. besonders interessant. Es handelte sich um einen Valgus bei Lähmung des Tib. ant. Die Operation bestand in der Einpflanzung des Peron. brev. auf dem Os Navicul. Die Sehne wurde durch einen Schnitt hinter dem Mall. ext. herausgezogen und subkutan zu ihrer neuen Insertion geführt. Die Sehne des Peron. tert. wurde auch auf Os Navic. über das Dorsum Ped. eingepflanzt.

Freiberg - Cincinnati.

31) **Blecher** (Strassburg). Die Behandlung der Fussgeschwulst mit Heftpflasterverbänden.

Deutsche Militärärztl. Zeitschr. 36. Bd., S. 925.

B. benutzt bei der Behandlung der Fussgeschwulst, ob durch Knochenhautentzündung oder Fraktur veranlasst, Heftpflasterverbände, die aus 8 daumenbreiten ca. 40 cm. langen Streifen bestehen. Je 4 der Streifen beginnen auf der Dorsalfläche der Grosszehenseite resp. der Kleinzehenseite und laufen über die Fusssohle, sich dann auf dem Fussrücken kreuzend, zur Innen- resp. Aussenseite des Unterschenkels hinauf. Der Fuss wird damit zusammengehalten, die Mittelfussknochen fixiert, und eine Plantarflexion verhindert. B. hat nach dieser Behandlung sehr gute Erfolge gesehen. Die Pat. konnten danach sofort oder nach wenigen Tagen wieder herumgehen, sodass eine Atrophie des Beines vermieden wurde.

Ottendorff - Hamburg - Altona.


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

37. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Berlin, 21.—24. April 1908.

Der diesjährige Chirurgenkongress, der unter dem Vorsitz des Herrn von Eiselsberg-Wien im Langenbeckhause tagte, brachte eine ganze Reihe von Vorträgen und Demonstrationen, welche für den Orthopäden von hervorragendem Interesse sind.

Müller-Rostock demonstrierte einige Lehrzwecken dienende Präparate, Skelettabschnitte, die in einer durchsichtigen, elastischen, die Weichteile nachahmenden Glycerin-Gelatine eingebettet sind. An diesen Präparaten lassen sich Verbiegungen und Verrenkungen (Coxa vara u. valga, Zehenluxationen etc.) leicht erzeugen und ad oculos demonstrieren. Ebenso wurden Frakturpräparate, z. B. Fractura radii loco class. hergestellt.

Einen hochbedeutsamen Fortschritt in der Knochen- und Gelenkchirurgie konnte Lexer-Königsberg mit der freien Knochenplastik erzielen. Es wurde neben autoplastischem Material vor allen Dingen frisches Amputationsmaterial verwandt, wobei der transplantierte Knochen anstandslos einheilte. Bei dieser Einheilung kommt offenbar dem Periost eine grosse Bedeutung zu. Es erwies sich als zweckmässig, das Knochenmark aus den Röhrenknochen vor der Einpflanzung zu entfernen, da der sonst eintretende Ausfall des Markes Komplikationen auslöst; die leere Markhöhle wurde mit Jodoformplombe gefüllt.

Zur Deckung von Schädeldefekten bediente sich L. entsprechend grosser Knochenschalen, die er besonders den seitlichen Partien der Femurcondylen entnahm. Bei Nasenplastiken wurden zwei Periostknochenläppchen erst unter die Haut des Unterarmes eingeheilt und später mit dieser überpflanzt.

Zum Ersatz ganzer Röhrenknochen wurde in oben beschriebener Weise Amputationsmaterial verwandt, und zwar wurde der implantierte Knochen mit dem zentralen und peripheren Stumpfe durch frische, in die Markhöhle eingestossene Knochenstücke verbolzt (der Fibula entnommen).

Derartiger Knochenbolzen bediente sich L. auch zur blutigen Frakturbehandlung, z. B. bei der Schenkelhalsfraktur, ferner zur Versteifung paralytischer Gelenke als Ersatz der Arthrodese, wobei z. B. beim paralytischen Fuss ein Knochenbolzen von der Fersensohle aus durch Kalkaneus und Talus in die Tibia hineingetrieben wurde, natürlich nach Bohrung eines entsprechenden Kanales.



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nach Resektion des ganzen oberen Tibiadrittels wurde ein Ersatz durch das entsprechende Stück eines amputierten Beines geschaffen. Dieses Stück heilte ein und weist jetzt, sieben Monate nach der Operation, eine gute Funktion auf. Auch das untere Ende der Ulna wurde auf diese Weise ersetzt. Schliesslich gelang es auch, ein ganzes reseziertes Gelenk durch das gleiche eines amputierten Gliedes zu ersetzen.

In der Diskussion zu diesem Vortrag sprach Heidenhain-Worms über osteoplastischen Ersatz der Tibiadiaphyse; Barth-Danzig empfahl auf Grund seiner experimentellen Untersuchungen die Autoplastik. Rehn-Frankfurt schlug nach einer Resektion des Hüftgelenkes wegen Coxitis einen Elfenbeinstift in den Schenkelhalsrest; es bildete sich nun im Verlaufe der Heilung Knochenmasse um den Stift herum; R. erhofft gewissermassen einen Ersatz des Defektes hierdurch. Axhausen wies darauf hin, dass nach seinen Versuchen stets die Übertragung von Knochen mit Periost vom selben Individuum vorzuziehen sei. Kausch-Berlin fand, dass toter Knochen einheilen kann, Leichenknochen dagegen nicht. Moskowicz-Wien empfahl das Galelith als Ersatzmittel für Knochendefekte. Bade-Hannover wies bezüglich der Arthrodese darauf hin, dass die letztere am Knie und an der Schulter eine sehr feste sein müsse, während am Fusse und an der Hüfte eine geringe Bewegungsmöglichkeit ganz zweckmässig sei.

Der Nachmittag des letzten Kongresstages war ganz der Extremitätenchirurgie gewidmet: Küttner-Breslau stellte Nachuntersuchungen traumatischer Luxationen an; die Prognose derselben ist eine wenig gute zu nennen, insofern, als unter den nachuntersuchten Fällen von einfachen, nicht durch Knochenverletzungen komplizierten, gleich nach der Verletzung reponierten Luxationen nur 13 % ein gutes, 22 % ein befriedigendes Resultat aufwiesen, während in allen übrigen Fällen Erwerbsbeschränkung geblieben war. Mehrfach hatte sich eine Arthritis deformans eingestellt.

Dollinger-Budapest sprach über blutige Reposition veralteter Ellenbogengelenksluxationen. In den letzten 10 Jahren kamen 34 veraltete derartige Luxationen zur Beobachtung; die Reposition gelang in keinem Falle, der älter war als drei Wochen nach der Verletzung. Es wurde stets die Arthrotomie vorgenommen und bei dieser dann entschieden, ob Resektion oder Reposition vorgenommen werden musste. 14 Fälle wurden reseziert; unter 11 von diesen, die nachuntersucht wurden, war das Gelenk sechsmal steif, fünfmal in verschiedenem Grade beweglich. Reponiert wurde 20 mal.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

12 Angaben wurden von diesen Fällen erhalten; dreimal (alles komplizierte Fälle) resultierten steife Gelenke; zweimal war die Beugung vollkommen, die Streckung bis 150° möglich, siebenmal wurde eine Beweglichkeit von 90—135° erzielt.

Bardenheuer-Köln glaubte, dass man die Prognose der traumatischen Luxationen sehr erheblich verbessern könnte, wenn man frühzeitig eine vorsichtige Gymnastik bei Extension ausführen lasse.

Bunge redete der blutigen Reposition das Wort, nicht der Resektion.

Stieda-Königsberg besprach einen Fall von Coxa valga adolescentium unter Demonstration des Röntgenbildes; Sprengel-Braunschweig glaubt auch für die Coxa valga, ebenso wie für die C. vara nur an eine traumatische Aetiologie.

Müller-Rostock demonstrierte die Kniegelenke eines Hundes aus einer von seinem Assistenten Becker angestellten Versuchsserie zur experimentellen Erzeugung eines Corpus liberum; es wurde ein Knorpelstück vom Condyl. intern. femor. abgemeisselt; während im allgemeinen dieses abgetrennte Stück bald verschwunden war, blieb es in einem einzigen, hier demonstrierten Falle, als echter freier Körper im Gelenke liegen. In dem anderen Gelenke hatte sich eine Arthritis deformans eingestellt.

Ludloff-Breslau sprach über Osteochondritis dissecans des Kniegelenks.

Borchgrevink-Christiania behandelt die Frakturen der oberen Extremität mit Extensionsschienen, welche mittels eines Ringes an der Weste des Patienten befestigt, einen kräftigen Zug auszuüben gestatten und gute Resultate ergeben.

Krönlein-Zürich demonstriert die bekannten Zuppingerschen Apparate zur automatischen Extensionsbehandlung bei Frakturen des Ober- und Unterschenkels, erörterte ihren Mechanismus und ihre Anwendung. Die Resultate sollen vorzügliche sein.

In der Diskussion zu diesen Vorträgen empfahl Heusner-Barmen eine von ihm angegebene Extensionsschiene für Vorderarmbrüche, Klapp-Berlin seine Methode der Behandlung der Schlüsselbeinfrakturen durch Hebelextension (Auswärtsrollung des Armes). Fraenkel-Berlin demonstrierte portative Gipsverbände, die durch Anbringung eines Scharniers am Gehbügel abnehmbar gemacht wurden. Lampe-Bromberg zeigte einen Extensions- und Abduktionsapparat für die untere Extremität, der am Bette angeschraubt wird, Manasse-Berlin einen Apparat zur Anlegung fester Verbände an der unteren Extremität.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

v. Frisch-Wien empfahl die Gleichsche Plattfussoperation, die gute Dauerresultate ergeben hatte.

In einem am dritten Sitzungstage abgehaltenen Demonstrationsabend zeigte Borchgrevink-Christiania in Röntgenbildern die Resultate seiner erst erwähnten Extensionsmethode.

Schultze-Duisburg demonstrierte seine Klump- und Plattfuss-Redressionsapparate, auf die wir bei Besprechung des Orthopäden-Kongresses eingehen werden.

Rumpel-Berlin demonstrierte Röntgendiapositive von Knochentumoren (Enchondromen, Knochenzysten, Ostitis fibrosa, Exostosen, Sarkom), die aus seinem schönen Atlas bekannt sind.

Wollenberg-Berlin.

VII. Kongress der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie. Berlin, 25. April 1908.

Dem Hauptverhandlungstage des Kongresses, dessen Leitung in den Händen von Schulthess-Zürich lag, ging ein Projektionsabend am 24. April voran, auf welchem folgende Gegenstände verhandelt wurden:

A. Schanz: Korrektionsresultate an schweren Skoliosen. (Autoreferat.)

Vortragender demonstriert zuerst eine Serie von Bildern, welche das mittelst Redressements im Jahre 1902 erzielte Korrektionsresultat an einer schweren Skoliose und die Erhaltung des Resultates bis jetzt (1908) zeigen.

Obgleich das Redressement sehr gute Korrektionsresultate ergibt und obgleich diese Resultate als Dauererfolge erhalten werden können, so ist Schanz doch schon lange zu der von ihm auch wiederholt ausgesprochenen Ueberzeugung gekommen, dass das Redressement nicht das letzte in der Behandlung der schweren Skoliosen sein kann. Die Korrektur muss auch ohne so forcierte Mittel erreicht werden können. Es handelt sich nur darum, Druck und Zug in geeigneter Richtung, genügender Stärke und Dauer an die Wirbelsäule heran zu bringen. Die Schwierigkeit, welcher derartige Versuche begegnen, liegt in der auf der Wirbelsäule liegenden Rumpflast. Die Wirbelsäule setzt infolge dieser Belastung dem Druck, welcher durch Vermittelung der Rippen an sie herangebracht werden muss, einen so grossen


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Widerstand entgegen, dass die druckvermittelnden Rippen eher unbeabsichtigte Veränderungen eingehen und dadurch die aufgewendete Kraft konsumieren, ehe die Wirbelsäule nachgibt.

Wenn diese Rechnung richtig ist, so muss Korrektionsdruck der bezeichneten Art leistungsfähig werden, wenn die Belastung der Wirbelsäule aufgehoben wird.

Auf diese Voraussetzungen gründen sich neue Versuche des Vortragenden. Er hat einen portativen Apparat konstruiert, welcher die Wirbelsäule kräftig extendiert und dabei einen detorquierenden Druck ausübt. Dazu kommt ein gut fixierendes, kräftig redressierendes und extendierendes Gypsbett. Ausserdem ist nur Massage zur Anwendung gekommen.

Die demonstrierten Bilder zeigen gute Resultate.

Schanz schliesst mit dem Hinweis darauf, dass die Korrektur der schweren Deformitäten die Frage ist, vor deren Lösung die Skoliosenforschung steht. Er fordert auf, sich dessen bewusst zu bleiben und sich weder durch Misserfolge noch durch die in der Skoliosenbehandlung immer wieder vorkommenden Seitensprünge von der ruhig auf die Lösung dieses Problems gerichteten Fortarbeit abbringen zu lassen.

Schultze - Duisburg ist ein Anhänger des forcierten Redressements der Fussdeformitäten; er verwirft blutige Methoden der Klump- und Plattfussbehandlung vollkommen; er empfiehlt zur Korrektion seine verschiedenen Apparate, die die Anwendung einer sehr grossen Gewalt ermöglichen; dieselben sind den Fachkreisen aus den zahlreichen diesbezüglichen Publikationen des Redners bereits bekannt und seien deswegen hier nur kurz charakterisiert:

Osteoklast I ist ähnlich gebaut wie der Lorenzsche Apparat, nur sind die der Fixation des Unterschenkels dienenden, mit Gummi armierten Metallbacken hier durch drei Paar mit Kunstgummikissen versehene Pelotten ersetzt; dadurch wird eine sehr exakte Einstellung garantiert. Die Lorenzsche Spindelschraube ist hier durch eine mit langem Hebelarme betriebene Welle oder Kurbel ersetzt.

Osteoklast II besteht aus den bekannten durch Scharnier verbundenen 2 Brettern; der Fuss wird durch einen Zug gegen das aufrechtstehende derselben mit der Sohle angepresst; die Hand des Operateurs, durch ein Kunstgummikissen geschützt, erfasst den Fuss des Patienten und übermittelt die grosse Kraft des Osteoklastes auf den letzteren.

Der Plattfussosteoklast ist analog diesem Apparate gebaut, nur dass das aufrecht stehende Brett einen Ausschnitt besitzt, in


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

welchen der Fuss hineingeschoben wird. Schliesslich demonstriert Sch. sein „rechtwinkeliges Brett“, welches die Verbandanlegung nach der Redression erleichtern soll.

Diese Apparate dienen nicht nur der Korrektur der erwähnten Deformitäten, sondern auch der Extremitätenverkrümmungen (genu valg. u. var. adolesc etc.).

Den schweren Klumpfuss des Erwachsenen korrigiert Sch. in 3 Etappen nach je 8 Tagen. Dem Plattfussredressement schickt er die Tenotomie der Achillessehne voraus; für das Redressement in seinem Osteoklasten kommt dann ein Fersenzug, ein Steigbügelzug und ein seitlicher Zug zur Verwendung. Demonstration geheilter Fälle im Projektionsbilde; diese sind meist 6 bis 8 Wochen nach der Operation aufgenommen, können daher als Dauerresultate nicht aufgefasst werden.

Joachimsthal - Berlin demonstriert Bilder von Patienten, die neben angeborener Hüftverrenkung eine ganze Reihe anderer angeborener Deformitäten aufweisen, wie Schiefhals, Genu recurvatum, Pes varus, Spaltbildungen etc. Auf die Bedeutung dieser Befunde für die Aetiologie geht J. nicht ein.

Guradze - Wiesbaden demonstriert die Wirkung der Osteotomie bei den Verkrümmungen der Extremitäten an Röntgendiapositiven vor und nach der Heilung.

Den Hauptverhandlungstag leitete der Vorsitzende mit einer Ansprache ein, in der er zunächst der Verluste gedachte, welche die Deutsche Gesellschaft für orthopädische Chirurgie im letzten Jahre erlitten hat; er sprach warm empfundene Worte der Erinnerung an die Toten, unter denen besonders mit Albert Hoffa, Ferdinand Petersen und Friedrich von Esmarch so bedeutende Mitglieder der Gesellschaft dahingegangen sind.

Sodann verbreitete der Vorsitzende sich über die Stellung der Orthopädie an den Universitäten, beklagte die geringe Förderung, welche das junge Sonderfach von seiten der letzteren erfahre, wobei er besonders auf die allbekannten Ereignisse dieses ersten Vierteljahres in Berlin hinwies. Nach Erledigung der geschäftlichen Mitteilungen trat man in die Tagesordnung ein.

Fischer - Leipzig (Autorreferat) spricht über die Wirkungsweise der Muskeln.

Man kann die Funktion eines Muskels nicht mit wenigen Worten angeben, weil sie je nach der Stellung und Gewichtsverteilung im Körper eine ganz verschiedene sein kann. Vielmehr kann das Verständnis für die Wirkung der Muskeln in jedem einzelnen Falle



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nur auf die allgemein gültigen Lehren der Muskelmechanik gegründet werden. Leider wird selbst gegen die ersten Elementarsätze dieser Wissenschaft noch heute häufig verstossen.

Der erste, wichtigste Grundsatz derselben lehrt, dass jeder Muskel bei seiner Zusammenziehung mit einer ganz gleich grossen Kraft an seinem Ursprung, wie an seinem Ansatz zieht. Dies ist eigentlich selbstverständlich nnd nur ein besonderer Fall des allgemeinen Gesetzes der Gleichheit von Aktion und Reaktion.

Aus diesem Satze folgt als zweiter, dass ein Muskel, der zweigelenkig vereinigte Gliedmassen verbindet, bei einer Zusammenziehung beide zugleich, aber im entgegengesetzten Sinne, bewegen muss.

Hieraus folgt wiederum, dass ein eingelenkiger Muskel, wie z. B. der Brachialis internus, indem er auf seinen Ursprung ebensowohl wie auf seinen Ansatz wirkt, nicht allein den Unterarm, sondern zugleich den Oberarm in Bewegung setzt, folglich ausser dem Ellbogengelenk auch das Schultergelenk, obgleich er mit keiner Faser darüber hinweg zieht.

Dieser Satz gilt ganz allgemein, und es kann also auch das Hüftgelenk von eingelenkigen Muskeln des Kniees, das Kniegelenk von eingelenkigen Hüftmuskeln bewegt werden.

Ein für die Technik der Sehnentransplantation wichtiger Satz der Muskelmechanik ist ferner der, dass, wenn ein Muskel durch Knochenvorsprünge etc. aus seiner Zugrichtung abgelenkt ist, für die Funktion des Muskels und dessen Kraftentfaltung die Richtung des letzten Stückes der Sehne, dicht am Ansatzpunkte, massgebend ist. Der Muskel verhält sich so, als seien von dem Ablenkungspunkte, etwa am Knochenvorsprunge, aus zwei eingelenkige Muskeln, der eine nach dem Ursprung, der andere nach dem Ansatze hin, gespannt. Für die Bewegung des Ansatzes kommt also nur die Richtung des zweiten Muskelabschnittes in Betracht.

Die Bewegungen, die durch zweigelenkige Muskeln hervorgerufen werden, sind noch schwieriger zu analysieren, als die der eingelenkigen, denn die Stellung der beiden Zwischengelenke ist für die Wirkungsweise massgebend. So kann z. B. der Rectus femoris bei gewissen Stellungen als Beuger, bei anderen als Strecker des Hüftgelenkes auftreten. Ist das Kniegelenk festgestellt, so kann er freilich immer nur das Hüftgelenk beugen, aber wenn der Unterschenkel gegen den Oberschenkel bewegt wird, so ergibt sich, gerade wie oben für eingelenkige Muskeln angegeben wurde, eine entgegengesetzte Bewegung des Oberschenkels.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wegen der Kürze der Zeit kann nicht auf die Methoden eingegangen werden, durch welche die Einsicht in die mechanischen Verhältnisse der Muskeln gewonnen wird.

Es sind 2 Untersuchungsmethoden zu unterscheiden: die eine geht von der Tätigkeit der Muskeln aus, wie sie durch anatomische Untersuchungen gegeben ist, und sucht die Bewegung, die daraus folgen muss, zu ermitteln; die andere, die sich vorzüglich fruchtbar erweist, besteht darin, die Bewegungen genau, am besten durch Photogramme, festzustellen, und daraus auf die Muskeltätigkeit zu schliessen. Diese Methode hat z. B. die vielumstrittene Frage nach der Pendelschwingung des Beines beim Gehen dahin entschieden, dass die Muskeln dabei wesentlich mitwirken. Es ist zu wünschen, dass die praktische Orthopädie sich immer mehr der exakten mathematisch-physikalischen Untersuchungsmethode befleissige, die allein sichere Ergebnisse verspricht.

In der Diskussion zu diesem hochinteressanten Vortrage spricht **Lange**-München über die Misserfolge der Sehnenplastik bei Verwachsung der Sehne mit unverschieblichem Gewebe. Verpflanzung mit den Sehnenscheiden und Verlagerung im subkutanen Fettgewebe, möglichst nahe der epidermoidalen Oberfläche, beugen derartigen Misserfolgen vor.

Riedinger-Würzburg weist auf die praktische Anwendung der vorgetragenen Gesetze auf die Frakturlehre hin. **Fränkel**-Berlin sieht in der kinematographischen Aufnahme ein wichtiges Hilfsmittel zum Studium der Muskelmechanik. **Joachimsthal**-Berlin erwähnt seine Studien über selbstregulatorische Muskelbildung. **Vulpius**-Heidelberg betont die Wichtigkeit der Erhaltung des Endstückes der Sehne, die für seine Technik, Verpflanzung von Sehne auf Sehne, spreche.

Böcker-Berlin berichtet über einen Fall von traumatischer ossifizierender Myositis und gibt zugleich einen Ueberblick über die Einteilung der ossifizierenden Muskelprozesse, die vom Periost oder vom Muskelbindegewebe ausgehen können; zu einer Exstirpation des Knochentumors rät B. nur nach Abschluss des Wachstums desselben.

In der Diskussion, an der sich Drehmann-Breslau, Wullstein-Halle (Fall von Myositis ossificans bei Syringomyelie) und Machol-Bonn beteiligen, hebt Bardenheuer-Köln hervor, dass sich bei der Extensionsbehandlung fast gar kein parostaler Kallus bilde.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Riedinger-Würzburg bespricht seine Experimente über Wachstumsveränderungen an Kaninchen-Extremitäten nach Durchschneidung des Intermediärknorpels. Die Durchtrennung des letzteren erfolgt meist in der Verkalkungszone, an der darauf folgenden Vereinigung der Fragmente beteiligen sich durch Wucherung das Periost, Perichondrium und Mark. Am 5.—6. Tage beginnt der Knorpel zu proliferieren; die Heilung ist abgeschlossen am 28. Tage. Temporäre Wachstumsstörungen, die R. sah, und die auf das durch die Heilung des Bruches bedingte Zurückbleiben des endochondralen Knochenwachstums zu beziehen sind, können nicht ohne weiteres auf die Verhältnisse beim Menschen übertragen werden, wegen des unendlich langsameren Wachstums bei letzteren. Es darf nur die Lebensfähigkeit der Knorpelzellen der Epiphysenlinie nicht gestört werden.

In der Diskussion erwähnt **Lorenz**-Wien die Epiphyseolyse.

Gocht-Halle berichtet über das gute funktionelle Resultat, welches er bei einem männlichen Osteomalacischen mit starker Adduktionsstellung der Femora durch Redressement und Gipsverband erzielte, die Schmerzen und ein eigentümliches Zittern, welches vorher bestand, verschwanden. Jetzt geht Pat. in einem Schienenhülsenapparat vorzüglich.

Werndorff-Wien schildert einen Fall von Ostitis fibrosa (Recklinghausen), der ein jugendliches Individuum betraf; es war eine Fraktur eingetreten, die Röntgenuntersuchung ergab spindelige Auftreibung an den den Gelenken benachbarten Teilen mit Zystenbildung. Die histologische Untersuchung ergab ein Riesenzellensarkom und Ostitis fibrosa. Ein Abbau der Knochensubstanz fehlte, also konnte der Prozess mit Osteomalacie nichts zu tun haben.

v. Aberle-Wien beobachtete einen 40 jährigen Schuhmacher, bei dem eine schmerzhafte Schwellung der Hand auftrat bei nur geringer Bewegungsstörung und Deformation. Das Röntgenbild ergibt u. a. Defekt des Handgelenkes, der Karpalia und teilweise auch der Metakarpalia. Für Lues nichts charakteristisch, Nervenbefund negativ; v. A. vermag den Prozess nicht unter eins der bekannten Krankheitsbilder einzuordnen.

Chrysospathes-Athen liefert einen kurzen Beitrag zu den intrauterin entstandenen Knochenfrakturen und -verbiegungen.

Cramer-Köln studierte die Heilung von Wunden des Gelenkknorpels: bei senkrechten Einschnitten in den Knorpel war derselbe am 8. und 12. Tage noch unverändert, der Schnitt klaffte.



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ging der Schnitt, wie bei einem Präparat am 51. Tage, bis in den Knochen, so zeigte sich, dass vom Knochen aus ein Markgewebe in den Schnitt hineingewuchert war, während die Knorpelzellen nicht verändert waren. Bei Flachschnitten wurde der Knorpel nicht regeneriert; keine Karyokinese, keine knorpelige Umwandlung von Bindegewebe.

Heusner-Barmen demonstriert einige neue Schienen und Verbände, besonders feste und biegsame, mit Stoff umkleidete Aluminiumschienen, die in seiner Klinik viel benutzt werden und den Gipsverband etwas in den Hintergrund drängen.

Evler-Treptow zeigt eine Patientin mit doppelseitiger Hüftverrenkung, bei welcher er einen Chromleder-Schienen-Apparat angelegt hat.

Förster-Breslau spricht über eine neue Operation zur Behandlung spastischer Lähmungen: die eintretende Kontraktur ist Folge eines Reflexvorganges; daher muss sich dieselbe heilen lassen, wenn man den Reflexbogen an irgend einer Stelle unterbricht. Hierzu eignet sich am besten die hintere Nervenwurzel, die man ruhig durchschneiden kann, da jeder Muskel seine Fasern von 2—3 Nervenwurzeln bezieht. So wurde nach dieser Ueberlegung operiert u. A. ein Fall von Pyramidendefekt im Gehirn (Littlesche Krankheit); der demonstrierte Knabe zeigt in der Tat ein Resultat, wie wir es bei diesem Leiden bisher nicht kennen; die Spasmen sind an der unteren Extremität fast ganz verschwunden, die Beine können im Knie-, Fuss- und Hüftgelenke alle Bewegungen fast in normaler Weise aktiv ausführen; der Gang ist mit Stöcken ein ganz geschickter. Ferner wird ein Mädchen demonstriert, bei welchem die gleiche Operation wegen einer Kompressionsmyelitis im Cervicalteile infolge Spondylitis tub. vorgenommen wurde. Auch hier ein durchaus befriedigendes Resultat!

In der Diskussion betonte **Tietze**-Breslau, welcher die eben erwähnten Fälle operiert hat, die grosse Schwierigkeit und die Gefahren der Operation. Er hofft aber, dass die weitere Ausbildung der Technik die hohe Mortalität des Eingriffs herabsetzen und der ingeniös erdachten Methode ihr Bürgerrecht in der orthopädischen Chirurgie sichern werde.

Karch-Aachen bespricht die heutige Technik der Sehnenplastik und empfiehlt, in Verbindung mit der letzteren eine Gelenkkürettage vorzunehmen. Ferner empfiehlt er in geeigneten Fällen eine Verstärkung der Ligamente vorzunehmen.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bade-Hannover betont, dass die Ankylose nach der Arthrodesen-Operation am Knie und an der Schulter sehr fest sein müsse, am Fuss und an der Hüfte dagegen federnd. Er führt die Abschälung der Gelenkflächen aus und fixiert u. a. sehr lange im Gipsverbande (3 bis 5 Monate beim Kniegelenke).

Gocht-Halle hatte wieder Gelegenheit, anatomische Untersuchungen am kongenital verrenkten Hüftgelenk auszuführen; er hebt hervor, dass der Oberschenkel in utero nicht, wie gewöhnlich angegeben wird, innenrotiert, sondern aussenrotiert liegt. Die Anteversion betrifft stets nur den Kopf und Hals zusammen, die Drehung liegt also im Oberschenkelschaft, während der Kopf zum Hals meist sogar retrovertiert liegt.

Ludloff-Breslau empfiehlt in geeigneten Fällen die blutige Operation der angeborenen Hüftluxation mit vorderem Schnitte.

Froelich-Nancy hat Nachuntersuchungen von geheilten angeborenen Hüftluxationen angestellt, er fand einige Male Coxa vara (viermal), einige Male Coxitis tuberculosa (zweimal), ferner traumatische Luxation, spinale Kinderlähmung etc.

Wullstein-Halle stellt eine Patientin vor, bei welcher das eine Hüftgelenk vor 11, das andere vor 10 Jahren reponiert ist. Jetzt sehr gute Funktion, aber Coxa vara auf beiden Seiten.

Becher-Münster berichtet über die Behandlungsresultate bei pathologischen Hüftluxationen; in einem Falle von ungewisser Aetiologie (vielleicht Distentionsluxation?) wurde nach präliminarer Extension die Reposition erzielt, in einem Falle von Luxation infolge Narbenschrumpfung nach Verbrennung trat ein Rezidiv ein.

Lorenz-Wien benutzt zur Behandlung veralteter Hüftluxationen folgende Methode: Verwandlung der iliakalen Luxation in eine obturatorische durch maximale Beugung, dann Abduktion; sodann gleitet bei folgender Streckung der Kopf an der vorderen Beckenseite in die Höhe. So kann eine laterale Apposition oder auch eine Art von Reposition zustande gebracht werden, welch letztere in einem Falle jedoch, wohl infolge von Weichteilinterposition, eine sehr labile war.

Muskat-Berlin zeigt eine neue Methode, Fussabdrücke herzustellen, **Herrmann**-Potsdam einen Schraub-Apparat zum Redressement des Plattfusses behufs Herstellung von Schuheinlagen, sowie eine verstellbare Schiene zur ambulanten Behandlung



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

des Klumpfusses, **Riedinger** einen neuen Klumpfuss-Redressionsapparat.

Riedl-Linz bespricht die Operation des Hallux valgus.

Cramer-Köln erörtert unter Demonstration von Abbildungen von sehr schönen Präparaten lumbosacraler Assimilationswirbel die Bedeutung dieser Variationen für die Rückgratsverkrümmungen.

Chlumsky-Krakau zeigt Bilder einer Patientin, bei welcher aus einem durchaus normal gebauten Rücken nur infolge dauernder schwedischer Gymnastik und ähnlicher Lockerungsverfahren eine schwere Skoliose hervorgerufen sein soll, eine Möglichkeit, die Schulthess in der Diskussion nicht zugeben kann.

Die Nachmittagssitzung des Kongresses war ausschliesslich der Krüppelfrage gewidmet.

Biesalski-Berlin berichtete über die Ergebnisse der Krüppelstatistik, die er in mehrjähriger Arbeit nun soweit bewältigt hat, dass sich die Verhältnisse im Deutschen Reiche (mit Ausnahme von Bayern, Baden und Hessen, wo nur das schulpflichtige Alter gezählt wurde, wo also die Statistik einen Vergleich mit den übrigen Bundesstaaten nicht zulässt) jetzt übersehen lassen. B. gibt eine Uebersicht der wichtigsten Fragen an der Hand von Tafeln und Kurven, ohne auf die Zahlen näher einzugehen, nachdem er eingehend die Technik der Statistik besprochen hat; sodann gibt er eine für alle Zwecke passende Definition des Wortes „Krüppel“.

Dem mit warmer Anerkennung aufgenommenen Vortrage folgten die auf eingehender persönlicher Erfahrung beruhenden Ausführungen des um die Krüppelfrage so verdienten **Rosenfeld**-Nürnberg, der Redner sprach zunächst über die geschichtliche Seite des Problems. Er fordert, dass die Leitung der Krüppelanstalten in den Händen der Aerzte ruhen solle; die Institute sollen mit dem ganzen Rüstzeug des modernen orthopädischen Apparates versehen sein; ein Ambulatorium für nicht der Anstaltsbehandlung benötigende Krüppel soll angegliedert werden.

Der Lehrplan der Krüppelschulen soll ungefähr dem der Volksschulen entsprechen, während die Handwerksschule der Eigenart der Krüppel Rechnung trägt. Auch hier sollen externe Schüler zugelassen werden.

Die Behandlung soll möglichst frühzeitig einsetzen. Den entlassenen Krüppeln soll durch einen Arbeitsnachweis zu einer lohnenden Tätigkeit verholfen werden. R. empfiehlt staatliche Organisation der Krüppelanstalten. Als Ort der Krüppelanstalten sind grosse


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Städte zu wählen, wo die Anstalten an die Peripherie zu verlegen sind. Erstrebenswert ist der Anschluss an die Universitäten.

Es fehlen vor allen Dingen Lehrstühle für orthopädische Chirurgie, welche die Kenntnisse dieser für die Krüppelfrage so wichtigen Disziplin verbreiten müssten.

Lange-München spricht über seine Erfahrung in der Krüppelfürsorge, wie sie in München vom Johanniter-Orden in so grossherziger Weise ermöglicht worden ist. L. redet einer ausgedehnten Anwendung der Gehgipsverbände und damit einer Abkürzung der klinischen Behandlung das Wort. Die Mitarbeit der praktischen Aerzte ist sehr zu wünschen, besonders bezüglich der Prognosenstellung, da die Patienten in der Regel zu spät in die Behandlung kommen. Eine klinische Abteilung ist notwendig, Redner empfiehlt Angliederung einer Abteilung von 10—20 Betten an die orthopäd. Universitäts-Polikliniken, dagegen eine Verlegung der Krüppelanstalten auf das Land.

Es ist eine Verallgemeinerung der Kenntnisse auf dem Gebiete der orthopädischen Chirurgie anzustreben, und zwar dadurch, dass ein gewisser Zwang zum Besuche der orthopäd. Polikliniken auf die Studenten ausgeübt wird dadurch, dass die Dozenten der orthopädischen Chirurgie Anteil an den Prüfungen erhalten.

Vulpius-Heidelberg berichtet über die Krüppelzählung in Baden, wo ja, wie in Bayern und Hessen, nach anderem Modus gezählt worden ist, wie in den übrigen Bundesstaaten.

Wittek-Graz wendet sich gegen das Bandagisten-Kurpfuschertum und seine Gefahren für die Krüppelfürsorge.

v. Aberle-Wien spricht über den Stand der Krüppelfrage in Oesterreich-Ungarn.

Rektor **Sommer**-Bigge erörtert die gemeinsame Arbeit von Aerzten und Geistlichen auf dem Gebiete der Krüppelfürsorge, wobei es ohne eine gegenseitige Verständigung nicht abgehen kann. S. ist eifrig in der Krüppelfrage tätig und hat durch die Josephgesellschaft eine grosse Krüppelanstalt in Bigge in Westfalen ins Leben gerufen.

Wahl-München warnt im Interesse der Praktiker vor einer zu weit getriebenen Krüppelfürsorge.

Bade-Hannover hebt hervor, dass es bei der Krüppelarbeit vor allem auf die Qualität ankomme, dass also besonders das Kunstgewerbe herangezogen werden müsse, damit die Produkte sich auf dem Arbeitsmarkt halten können.


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

An der Diskussion beteiligte sich auch Herr Geheimrat **Dietrich,** der als Vertreter des Herrn Kultusministers der Versammlung beiwohnte, mit warmen Worten der Anerkennung und wichtigen Ratschlägen.

* * *

Zum Vorsitzenden für das Jahr 1909 wurde Lange-München gewählt.

Wollenberg-Berlin.

IV. Kongress der Deutschen Röntgen-Gesellschaft. Berlin, 26. April 1908.

Vorsitzender: **Gocht**-Halle.

Hauptthema:

Als Hauptthema war die Bedeutung der Röntgen-Untersuchung für die Frühdiagnose der Lungentuberkulose aufgestellt worden, also ein recht eigentlich der internen Medizin angehörender Gegenstand. Referenten sind Rieder-München und Krause-Jena.

Rieder-München stellt als Grundbedingung die Plattenaufnahme mit weicher Röhre und kurzer Expositionszeit auf; die Schirm-Untersuchung genügt nicht Die Aufnahme der Lungenspitzen wird in sitzender Stellung bei Inspiration mit Blende (10×10 cm) in ventrodorsaler Richtung ausgeführt. Die Spitzenaufnahme allein genügt nicht, es müssen auch andere Bezirke untersucht werden. Die Totalaufnahme ergibt eine gute Uebersicht und lässt besonders eine genaue Inspektion der Hilusgegend zu, der Eingangspforte des Tuberkelbazillus.

Krause-Jena erklärt die Röntgenuntersuchung als eine Unterstützung der Diagnose für die Frühtuberkulose.

Albers-Schönberg-Hamburg hält die Röntgenaufnahme für ebenbürtig der Perkussion; in manchen Fällen gibt sie den Ausschlag.

Groedel III-Nauheim hat, da der I. Interkostalraum am wichtigsten ist, für die Erkennung der Spitzentuberkulose eine besondere Methode ausgearbeitet: eine in der Mitte geblendete Stereoröhre sendet auf beide Lungenspitzen ein Strahlenbündel. Eventuell auch dorsoventrale Aufnahme. Auf diese Weise wurden noch Herde gefunden, die sich sonst der Wahrnehmung entzogen.

Stürtz-Metz legt Gewicht auf die Verbindung eines zentralen pneumonischen Herdes mit einer Hilusdrüse.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Klieneberger - Königsberg zeigt eine post mortem aufgenommene Miliartuberkulose, die einen charakteristischen und daher differentialdiagnostisch wichtigen Befund zeigt.

Schlager-Tübingen: In einem hohen Prozentsatz von röntgologisch untersuchten gesunden Menschen fanden sich Veränderungen der Spitzen, welche in ca. $^1/_3$ der Fälle ohne weitere Bedeutung sind. Das Röntgenverfahren kann daher die Zahl der Tuberkulosen etwas zu hoch angeben.

Schellenberg - Beelitz sieht im Röntgenverfahren nur eine Ergänzung der übrigen klinischen Methoden.

Immelmann - Berlin bespricht den röntgologischen Nachweis der Verknöcherung des 1. Rippenknorpels.

In der Diskussion zu diesen Vorträgen unterscheidet **Levy-Dorn**-Berlin den röntgologischen und den anatomischem Interkostalraum. **M. Wolff** - Berlin weist darauf hin, dass in klinisch unbefriedigenden Fällen das Röntgenbild häufig noch eine positive Auskunft gibt. Fälle, in denen Röntgenbefund und klinische Untersuchung positiv sind, die Tuberkulinreaktion aber negativ ausfällt, sind auf inaktive, abgekapselte Tuberkulosen zu beziehen. **Turban** - Davos warnt vor Vernachlässigung der feineren physikalischen Untersuchungsmethoden. **Grunmach**-Berlin konnte in 80 % von Frühfällen, bei denen erst 3—4 Wochen später Bazillen gefunden wurden, im Röntgenbilde bereits die Diagnose stellen. **Krafft** - Strassburg warnt vor der Benutzung der Irisblende zur Röntgoskopie der Lunge und befürwortet statt dessen die Benutzung von Schlitzblenden. **Harras** - Berlin betont, dass man zur Diagnose der Knorpelveränderungen der 1. Rippe die Groedel sche Röhre nicht brauche, sondern mit der Albers-Schönberg schen Blende auskomme. **Biesalski** - Berlin, der das Fränkel sche Material am Urban-Krankenhause röntgenologisch untersucht hat, suspendiert die Patienten zur Durchleuchtung mit einer Glisson schen Schwebe.

Physikalische Vorträge:

Walter - Hamburg hat Plattenanalysen und Empfindlichkeitsmessungen der gebräuchlichen Platten der verschiedensten Firmen vorgenommen; er kommt zu dem Schluss, dass die Lumière sche »Röntgenplatte« die am klarsten arbeitende Platte ist.

Cowe - Berlin empfiehlt das Elektrodynamometer von Weber statt des Milliampèremeters; C. unterscheidet Ströme der Hauptrichtung und der Gegenrichtung.

Rosenthal - München spricht über die Kurvenformen der Röntgeninstrumentarien; er verlangt, dass die Kurve so hoch und schmal, wie möglich, und ihr Zwischenraum möglichst gross sei. Dies hat er an



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

seinem Instrumentarium durch Parallelschaltung der Sekundärwindungen erreicht.

Technische Vorträge:

Holzknecht spricht über die Lösung des Problems, in der Tiefe gleichviel und mehr Röntgenlicht zu applizieren, wie an der Oberfläche; jahrelang gab es nur eine Radiotherapie der Hautkrankheiten, während man in die Tiefe nicht vordringen konnte. Man versuchte daher 1. Bestrahlung von verschiedenen Seiten her, von 4 Seiten etwa; 2. Verwendung stark penetrierenden Lichtes (Perthes); 3. Filtration des Lichtes (Perthes) durch Glasscheibe; 4. grosse Röhrendistanz (Perthes). Alle 4 Methoden muss man versuchen, um Tiefenwirkung zu erzielen, dazu den Bauer schen Mehrfachbetrieb.

Bauer-Berlin: Zum Mehrfachbetrieb kann man den gewöhnlichen Induktor nicht benutzen; man muss einen elektrischen Schwingungskreis verwenden, wie bei der drahtlosen Telegraphie, mit Resonnator. B. demonstriert ausserdem einen Fulgurator ohne Induktor.

Diskussion: **Dessauer**-Aschaffenburg: Prioritätsansprüche gegenüber Holzknecht; von diesem abgelehnt.

Alexander-Késmark zeigt plastische Röntgenaufnahmen.

Diskussion: **Gocht** weist darauf hin, dass, je weicher die Röhren sind, um so plastischer die Bilder werden.

Fürstenau-Berlin spricht über einen neuen Härtemesser für Röntgenröhren; er hat einen Lufthahn für die Bauerröhren angegeben zur genauen Dosierung des Vacuums.

Harras-Berlin zeigt als Härtemesser ein in Paraffin eingehülltes Knochenweichteilpräparat.

Immelmann-Berlin erklärt gleichfalls einen neuen Härtemesser, sowie einen neuen Orthodiagraphen.

Hessmann-Berlin behandelt die Dosierung der Röntgenstrahlen in der Praxis, **Grisson**-Berlin die Fehler im Messverfahren und ihre Beseitigung.

Grashey berichtet über seine Erfahrung und Technik auf dem Gebiete der Schnell- und Fernaufnahmen.

Groedel: Statt der Anwendung von Verstärkungsschirmen liegt der Gedanke näher, die Intensität der Röntgenstrahlen zu steigern für die Zwecke der Moment- und Fernaufnahmen und zwar durch hohe primäre Belastung (neben Berücksichtigung der Röhre, Unterbrecher etc.). Gr. macht Momentaufnahmen der Bauch- und Brusteingeweide mit seinem Induktor (Reiniger, Gebbert und Schall), Wehnelt, bei 220 Volt in $^1/_2$ — $^1/_{25}$ Sekunde.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Horn hat sich für die Momentaufnahmen einen Schalter konstruieren lassen (Reiniger, Gebbert und Schall), der eine automatische Ausschaltung ermöglicht.

Fränkel-Berlin zeigt Momentaufnahmen chirurgischer Fälle, die mit dem Grissonator in 1—5 Sekunden hergestellt wurden. Ferner hat Fr. eine einfache Vorrichtung für die von ihm sogenannte »Röntgenoskopographie« konstruiert, die raschen Ersatz des Schirmes durch die Kassette erlaubt.

Loose-Berlin hat Versuche angestellt bezüglich der zweckmässigsten Zahl von Kondensatoren, Tourenzahl des Motors etc. bei Verwendung des Grissonators mit flüssigem Kondensator.

Koch-Dresden stellt mit seinem Intensitätsinduktorium Momentaufnahmen mit einer einzigen Unterbrechung her; letztere bewirkt er durch einen pistolenartigen Apparat.

In der Diskussion zu diesen Vorträgen hebt **Köhler**-Wiesbaden hervor, dass man für Momentaufnahmen keinerlei Spezialinstrumentarien nötig habe. **Immelmann**-Berlin weist darauf hin, dass die von Fränkel demonstrierten Momentaufnahmen unterbelichtet seien.

Diagnostisch medizinische Vorträge:

Köhler-Wiesbaden fand ein eigenartiges, bisher anscheinend nicht bekanntes Krankheitsbild einzelner kindlicher Knochen: das Naviculare war verkleinert, zusammengedrängt und verdichtet. Die Affektion war schmerzhaft und heilte, wie spätere Aufnahmen ergaben, aus. Der gleiche Befund wurde in einem Falle an der Patella einer dieser Patientinnen erhoben.

Diskussion: **Krause**-Jena hält das Krankheitsbild für Osteomalacie, **Stieda**-Königsberg für eine Wachstumsstörung.

Kaisin-Floreffe spricht über die Anwendung des Sauerstoffes bei der Röntgographie der Gelenke.

Reyher-Berlin: Demonstration von Röntgenbildern bei kongenitaler Syphilis. Die Diagnose einer zur Knochensyphilis noch hinzukommenden Rachitis muss sehr vorsichtig gestellt werden, da die Lues an sich ähnliche Verkrümmungen liefern kann, wie die Rachitis.

Plagemann-Rostock demonstriert Warzenfortsatz-Aufnahmen bei normalen Individuen und bei Erkrankungen des Mittelohres bez. des Proc. mastoideus.

Levy-Dorn-Berlin stellte zur Untersuchung der normalen Atmung Versuche an über den Zwerchfellstand beim Stehen, Sitzen und in der Seitenlage, bei In- und Exspiration, um zu zeigen, wie leicht Fehlerquellen bei der Untersuchung des Zwerchfellstandes unterlaufen.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Grunmach-Berlin: Ein Fall von Lungensteinen, die von Zeit zu Zeit ausgehustet wurden. Es fand sich im Röntgenbilde eine Verdichtung im rechten Mittel- und Oberlappen mit Gebilden, die aussahen, wie zersprengte Geschosse.

Grunmach-Berlin: Asthma gastricum, röntgologisch nach Bismutmahlzeit nachgewiesen.

Rodler-Nürnberg: Stammbaum von fünf Generationen, in welchen Anomalien der Finger bei den meisten Mitgliedern vorhanden waren.

Muskat-Berlin demonstriert Experimente an Mäusen, die er zur Erklärung der Fremdkörperwanderung angestellt hat.

Settegast-Berlin spricht über Exostosis bursata, die er stets auf der Innenseite des Oberschenkels beobachtete.

Graessner-Köln hat die Fürstenausche Methode der Fremdkörper-Lokalisation nachgeprüft; die Tiefenbestimmung ist exakt, der seitliche Abstand vom Fixpunkte dagegen ungenau. G. hat das Verfahren auch bei der Hüftluxation angewandt.

Therapeutische Vorträge.

Grunmach-Berlin spricht über die Behandlung des Magenkarzinoms, **Wichmann**-Hamburg über die des Lupus vulgaris, **Schmidt**-Berlin über die des Ulcus rodeus und des Karzinoms, **Friedrich**-Jena über die biologische Wirkung der Röntgenstrahlen auf innere Organe.

Projektionsvorträge.

Albers-Schönberg-Hamburg demonstriert farbige Photographien nach Lumière.

Fraenkel-Hamburg zeigt sehr schöne Röntgenbilder von Carcinomen und Myelomen der Wirbelsäule vom Präparat und vom Lebenden. Sowohl Körper wie Bogen sind Sitz der Geschwülste; es bilden sich Deformitäten (Skoliose, Kyphose). Bald tritt mehr eine Sklerosierung, bald Rarefizierung in den Vordergrund, dieselbe kann über die ganze Wirbelsäule verbreitet sein, teils wechselnd an den einzelnen Wirbeln, teils an einem und demselben Wirbel.

Gottschalk-Stuttgart zeigt plastische Röntgogramme nach einer Modifikation der gewöhnlichen Methode.

Haenisch-Hamburg projiziert Nierenaufnahmen, sowie Nieren-, Ureter-, Blasensteine.

Wollenberg-Berlin.



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

35) **Braus.** Naturhistorisch-medizinischer Verein in Heidelberg. 5.XI.07.

Deutsche med. Woch. 1908. 2, p. 86.

Entwicklungsgeschichtliche Analyse der Hyperdaktylie.

B. demonstriert zahlreiche Abbildungen, aus denen hervorgeht, dass die Hyperdaktylie als unvollkommene Doppelmissbildung aufzufassen ist und nicht etwa durch mechanische Einflüsse von Seiten des Amnion zu stande käme. Nach Untersuchungen an Hühnerembryonen, bei denen Hyperdaktylie zu den Rasseneigentümlichkeiten gehört, kommt B. zu dem Resultat, dass die überzählige Zehe sich immer an der fibularen Seite entwickle, und zwar am medialem Rand des Tarsus, Metatarsus oder der Phalange. **Ewald**-Hambnrg.

36) **Tietze.** Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur in Breslau. 15. Nov. 1907.

Deutsche med. Woch. 1907, 52 p. 2199.

T. hat bei schlecht geheilten Frakturen und ischämischen Kontrakturen durch Resektion der Knochen, Verkürzung der Diaphysen, Lösung der Nerven gute Resultate erzielt, ebenso bei tuberkulösen Abszessen mit Membranen, die er in toto mit den Hüllen wie Cysten exzidiert. **Ewald**-Hamburg.

37) **Moszkowicz,** Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien. Sitzung vom 24. Okt. 1907.

Deutsche Mediz. Woch. 1907, 51 p. 2165.

Operation eines Handgängers. Durch Arthrodese des Hüft- und Kniegelenks und Verkürzung der Sehnen des Sprunggelenks wurde das rechte Bein in einen Stelzfuss verwandelt. Die Beuger der Kniegelenke wurden am oberen Ende abgelöst und am Kreuzbein fixiert. Das Kind kann jetzt mit Krücken gehen.

Ewald-Hamburg.

38) **Schlatter** (Klinischer Aerztetag in Zürich 5. Februar 1907)

Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte. 1907. Nr. 9.

bespricht die Technik der Jodoformknochen-Plomben bei Knochen- und Gelenktuberkulosen. Er demonstriert die rasche Resorption der Knochen an Röntgenbildern, welche von fünf entsprechend behandelten Fällen herstammen. Bemerkenswert ist auch die rasche Heilung in einem Falle, welcher der grossen Ausdehnung halber mit Resektion des Handgelenks behandelt werden musste. Die Wundhöhle wurde mit Plombe ausgegossen und zeigt zwei Monate später bei Röntgenaufnahme nur noch einen kleinen



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Plombenrest. Bemerkenswert ist die Beobachtung, dass in einem dieser Fälle, der häufig an Jodoform - Ausschlägen gelitten, hier offenbar der langsamen Resorption wegen keine Jodoform-Intoxikations-Erscheinungen auftraten. S. äussert sich sehr befriedigt über die Erfolge der Mosetigschen Methode, die er der Injektions- und Stauungs-Therapie bei weitem vorzieht. **Schulthess**-Zürich.

39) **Martini** (Turin). Sopra due casi di paraplegia consecutiva a trattamento coi raggi Röntgen di tumori maligni.

R. Accademia di Medicina di Torino. 15. febbr. 1907.

Redn. berichtet über zwei Fälle, in denen nach der Röntgentherapie maligner Geschwülste die Entwicklung einer vollständigen Paraplegie auftrat und bei denen Redn. das Rückenmark mikroskopisch untersuchen konnte.

Da durch die mikroskopische Untersuchung und den histo-pathologischen Befund nur Erscheinungen von Erweichung, Entartung, Auflösung der Nervensubstanz konstatiert wurden, hält Redn. die Annahme für logisch, dass es sich um eine Myelitis toxischen Ursprungs gehandelt habe. **Bucoheri**-Palermo.

40) **Bruck.** Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur in Breslau. Sitzung vom 15. Nov. 1907.

Deutsche med. Woch. 1907, 52 p. 2199.

Wirbelsäulen-Versteifung. Die Halswirbelsäule ist lordotisch, der übrige Teil kyphotisch versteift und kann gar nicht bewegt werden. Die Atmung ist rein abdominal. Der Zustand besteht seit 12 Jahren. Nebenbei ist noch eine Versteifung der Schultergelenke zu konstatieren.

Nach den Röntgenbildern (Ossig) sind die Gelenke verändert; es ist kein eigentlicher Spalt ausgebildet; auch fanden im Knochen atrophische Prozesse statt.

Rosenfeld bemerkt, dass man am Anfang der ankylotischen Erscheinungen durch heisse Bäder und Bewegung günstig einwirken könne. Wird von Bruck bestätigt. **Ewald**-Hamburg.

41) **Codivilla** (Bologna). Sulla cura chirurgica delle paralisi radicolari del plesso brachiale.

(XX. Congr. della Soc. ital. di chirurgia 27.—30. ott. 1907.)

Redn. berichtet über 2 Fälle von Paralyse des Plexus brachialis, welche er operiert hat. In einem handelte es sich um Paralyse infolge von Zerquetschung im Gebiet der 5. Wurzel, welche bei der Operation vergrössert, hyperämisch gefunden wurde. Der Quer-



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fortsatz wurde grossenteils exstirpiert. Ebenfalls entfernt wurden einige Portionen Frakturencallus, der Rest der Apophyse wurde nach Beweglichmachung an der Basis von dem Nerven abgerückt. Rückkehr der Funktion der Wurzel.

Beim zweiten Fall, einem einjährigen Kind mit obstetrischer Lähmung vom Typus Duchenne-Erb wurde eine Stelle der Verdickung und Verhärtung mit narbigem Aussehen an der Vereinigung der 5. und 6. Wurzel gefunden. Die Narbe wurde exstirpiert und die beiden Aeste, in die sich der primäre Stamm teilt, wurden in die anderen Stämme des Plexus überpflanzt.

Aus diesem Fall möchte Redn. schliessen, dass in einigen Fällen von hoher Paralyse des Plexus brachialis, wo man eine Dehnung oder Wurzelkontusion mutmasst, die Exstirpation der Querfortsätze zu versuchen sei, um die Heilung des neuritischen Prozesses zu erleichtern. **Buccheri**-Palermo.

42) **Costantini** (Rom). Sopra un caso di paralisi del plesso brachiale tipo Duchenne-Erb.

Societa Lancisiana degli ospedali di Roma. Seduta del 21 dicembre 1907.

Der Fall betrifft einen 47 Jahre alten Bauer, welcher stets gesund gewesen war, als er an einer Darminfektion erkrankte, die wahrscheinlich durch die gewöhnlichen Keime des Darmes bedingt war, da die Serumdiagnose auf den Eberth'schen Bazillus etc. vollständig negativ ausfiel. Anschliessend an diese Infektion machte sich eine Lähmung des rechten Plexus brachialis vom Typus Duchenne-Erb bemerkbar, vergesellschaftet mit Lähmung des Serratus anticus maior mit degenerativer Reaktion. **Buccheri**-Palermo.

43) **René Kauffmann** et **Germain** (Paris). Fracture fermée de l'humérus et suppuration.

(Société anatomique, séance du 25. Janvier 1907.)

Die Verfasser zeigten den Humeruskopf eines Patienten, bei welchem es sich, trotzdem die Fraktur vollkommen geschlossen war, um eine septische Eiterung des Schultergelenkes gehandelt hatte, welche in wenigen Tagen zum Tode, infolge Auftretens einer infektiösen Pneumonie geführt hatte. Der betreffende Kranke hatte ein heftiges Trauma auf die rechte Schulter erlitten, und wurde nach 11 Tagen ins Krankenhaus aufgenommen. Man dachte an eine Fraktur des oberen Humerusendes mit starkem Blutaustritte, da sich ein starkes Oedem des ganzen Armes und ausgebreitete Ekchymosen entwickelt hatten, doch ergab die Röntgenuntersuchung ein



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

negatives Resultat. Infolgedessen wurde der Arm auf Kissen einfach immobilisiert und leichte Massagen ausgeführt. Es trat aber Fieber auf, der allgemeine Zustand verschlimmerte sich rasch und nach wenigen Tagen erlag der Kranke. Man fand den Humeruskopf vollständig von der Diaphyse getrennt und das Schultergelenk von einer grossen Menge foetiden Eiters erfüllt. Es ist nun fraglich, ob es sich in dem betreffenden Falle um das zufällige Zusammentreffen von Osteomyelitis und Trauma, oder um eine direkte Infektion der verletzten Teile auf unbekanntem Wege gehandelt hatte.

E. Toff-Braila.

44) **Zappert.** Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien. Sitzung vom 24. Oktober 1907.

Deutsche med. Woch. 1907, 51. p. 2165.

Poliomyelitis mit Lähmung der oberen Extremitäten. Von den Muskeln des Schultergürtels und der Arme sind nur Cucullaris, Levator scapular, Serratus major und die Flexoren der Vorderarme intakt. Therapeutisch ist eine Arthrodese im Schulter- unh Ellenbogengelenk und eine Verkürzung der Extensoren der Vorderarme geplant.

Ewald - Hamburg.

45) **Frank.** Aerztlicher Verein in Hamburg 10. Dez. 1907.

Frank stellt ein etwa 1jähriges Kind vor, bei dem die Eltern gleich nach der Geburt eine Unbeweglichkeit des rechten Arms konstatiert hatten. Nach und nach hat sich an einer Stelle des Vorderarms, etwa in der Mitte, eine Anschwellung gebildet. Ein zu dieser Zeit hergestelltes Röntgenbild zeigte eine Fraktur des Radius, die nicht verheilt war. Da die Anamnese Lues nicht ausschloss, wurde Jodkali gegeben, worauf die Anschwellung zurückging. Mit der Zeit bildete sich aber eine Klumphand heraus und bei nochmaliger Röntgenaufnahme konnte man von dem distalen Fragment des Radius (etwa gleich der halben Länge desselben) nicht die Spur mehr finden; es war vollkommen resorbiert.

Ewald-Hamburg.

46) **Neumann.** Sarkom des Radius. Berliner med. Gesellschaft. 19. VI. 07.

Nach Deutscher med. Wochenschr. 1907. Nr. 29, Pag. 1193.

Die chirurgische Behandlung des Sarkoms der langen Röhrenknochen wird immer konservativer. Wir müssen die betreffende Extremität in einem funktionsfähigen Zustande erhalten. Bei einem Manne resezierte N. wegen Sarkom 9,5 cm des distalen Radius-



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

teiles und deckte die entstandene Knochenlücke osteoplastisch durch eine der Tibia entnommene Knochenspange. Glatte Einheilung, schon jetzt gute Funktion der Hand. **Stoffel** - Heidelberg.

47) **Preiser.** Aerztlicher Verein Hamburg 10. Dez. 1907.

P. stellt einen Säugling mit Makrodaktylie des rechten Zeige- und Mittelfingers vor. Dieselben sind doppelt so gross als die anderen Finger an Länge und Breite und ausserdem miteinander verwachsen. Anamnestisch konnte bezüglich Heredität, Schwangerschaft und Geburt resp. Nachgeburt nichts in Erfahrung gebracht werden. **Ewald**-Hamburg.

48) **Martini** (Turin). Apparecchi per la cura delle fratture del braccio e del femore.

R. Accademia di medicina di Torino. Seduta del 6 dicembre 1907.

Redn. demonstriert zwei neue Apparate für die Behandlung der Frakturen des Oberarmes und des Femur, mit denen folgende Vorteile erhalten werden sollen:

1. Der Apparat ist von den ersten Tagen der Fraktur an anlegbar.
2. Ermöglicht eine graduelle Reduktion.
3. Ermöglicht eine frühzeitige Mobilisation.
4. Lässt den frakturierten Teil offen, wodurch die Applikation des Eisbeutels, der Massage, sowie die Ueberwachung der Frakturstelle und der Verband desselben im Falle einer komplizierten Fraktur ermöglicht wird. **Buccheri**-Palermo.

49) **Calot** (Berck sur Mer). Académie de médecine in Paris. Nov. 07.

Deutsche med. Wochenschr. 1908. 2, p. 88.

Behandlung der Coxitis.

Bei der gegenwärtigen Behandlung der Coxitis mit Gipsverbänden und Extensionsverfahren kommt es in der Mehrzahl der Fälle zu einer Verkürzung des Beins und deutlich hinkendem Gange. Das Caput femoris, sowie die Pfanne werden durch den tuberkulösen Prozess zur Einschmelzung gebracht. Um diese Knochenzerstörung zu verhindern, muss man Injektionen in das Gelenk machen, wodurch die Gelenkteile gewissermassen in einer sie beeinflussenden Flüssigkeit gebadet werden. (10 % Jodoformäther 1,0; Kreosot 0,2; Guajakol 0,2; Oel 9,0).

Diese Flüssigkeit zerstört die tuberkulösen Granulationen, ehe diese die Knochen einschmelzen können. Für die Technik der Injektionen gibt C. genaue Vorschriften. Er behauptet, die Behandlungsdauer der Coxitis dadurch um mehr als die Hälfte abkürzen zu können und den Prozess ohne Knocheneinschmelzung zur Heilung zu bringen.

Ewald - Hamburg.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

50) **Kocher,** Medizinisch-chirurgische Gesellschaft des Kantons Bern, 8. Dezember 1906,

Korrespondenzbl. Schweizer Aerzte 1907, Nr. 12,

stellt zwei Fälle von Coxitis im Anfangsstadium vor, bei welchen die genaue klinische Untersuchung, verbunden mit genauen Röntgenaufnahmen, zu der Ueberzeugung führte, dass Sequester in den an das Hüftgelenk anstossenden Knochen den Symptomen zugrunde liegen.

In Uebereinstimmung mit dieser Annahme stand es, dass die Bewegungen des Hüftgelenks noch relativ frei waren, sodass man sicher annehmen musste, dass weder eine intensive Erkrankung der Kapsel vorlag, noch eine wesentliche Veränderung der Gelenkknorpel vorhanden war. Es bestand Hinken und Pressschmerz, welche auf das Leiden aufmerksam gemacht hatten.

In einem Falle hatte Dr. Baer in Zürich durch eine sehr gelungene Röntgenaufnahme den Nachweis erbringen können, dass bei relativ gesundem Gelenke ein tuberkulöser Herd mit einem kleinen Sequester oberhalb des Pfannenknorpels sass. Auf Grund dieses Befundes wurde mit Kocher'schem Winkelschnitt von hinten das Gelenk breit eröffnet, der nur an ganz beschränkter Stelle usurierte Gelenkknorpel im Grunde der Pfanne abgetragen und ein mit fungös-käsiger Granulation erfüllter Herd von Haselnussgrösse eröffnet, in welchem ein $^1/_2$ erbsengrosser weissgelber harter käsiger Sequester lag.

Nach gründlichem Ausräumen und Betupfen mit Karbolalkohol wurde unter Jodoformanfüllung der Höhle das Gelenk völlig geschlossen, die Muskeln vernäht und es trat ohne Drainage eine vollkommene Primaheilung ein mit völlig erhaltenen Gelenkbewegungen. Ebenso günstig war der Verlauf in einem zweiten Falle.

Wilhelm Schulthess-Zürich.

51) **Riedinger.** Physikalisch-medizinische Gesellschaft in Würzburg. 7. Nov. 1907.

Deutsche med. Wochenschr. 1907. 52, p. 2200.

Tumorbildung nach Trauma.

Im Anschluss an ein vor vielen Jahren erlittenes Trauma hat sich bei einem älteren Patienten eine allmählich zunehmende Auftreibung des proximalen Dritteils des linken Oberschenkels entwickelt. Gleichzeitig atrophierte die linke untere Extremität und wurde kürzer. Diagnose: Ostitis fibrosa mit Zystenbildung (Literatur). **Ewald**-Hamburg.

Personalnotiz.

Prof. Lange-München erhielt einen Ruf als Nachfolger Hoffas nach Berlin, hat aber abgelehnt. Seine Ernennung zum ordentlichen Professor ist der Ablehnung auf dem Fusse gefolgt, ein höchst bedeutsames Ereignis für unser Fach.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Technische Neuheiten.

Der in dem Referat Fischer, Band II, Heft 5, Seite 222 dieser Zeitschrift beschriebene mediko-mechanische Heilapparat ist inzwischen von der Firma Eduard Barthels, Frankfurt a. M., Wittelsbacher Allee 2 angefertigt und zum Patent angemeldet worden.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. II. **Juli 1908.** **Heft 7.**

Die Arthrodese der Patella.

Von

C. HÜBSCHER,

Dozenten der Orthopädie in Basel.

So wenig wir Bedenken tragen, bei einer vollständigen Lähmung der Unterschenkelmuskeln die Arthrodese des Fussgelenks anzuempfehlen, so zögernd verhalten wir uns bei dem gänzlichen Mangel der Oberschenkelmuskeln gegen eine totale Versteifung des Kniegelenks. Wir teilen hierbei vollständig den Standpunkt Langes, welchen er hinsichtlich dieser Operation am Kniegelenk einnimmt.*) Nach ihm scheinen die Patienten nach diesem Eingriff nicht vor der gefürchteten winkligen Ankylose geschützt zu sein und falls man solche Folgezustände vermeiden wolle, müsste bis zum 20. Jahr ein Stützapparat getragen werden. Lange sucht bekanntlich durch Einflechten seidener Ligamente solche Schlotterkniee zu festigen.

Im letzten Herbst hatte ich zwei kleine Patienten mit schweren poliomyelitischen Lähmungen auf die Beine zu bringen. Beide waren noch nie frei gegangen; der eine war ein richtiger Quadrupede, der mit affenartiger Behendigkeit seine vier Extremitäten zur Fortbewegung benützte. Der andere, ein cul de jatte, rutschte, mit den Armen sich abstossend, auf seinem Hinterteil durchs Leben. In beiden Fällen habe ich, neben andern operativen Massnahmen, die

*) Lange, Künstliche Gelenkbänder aus Seide. Münch. med. Wochenschrift No. 17. Pag. 834. 1907.

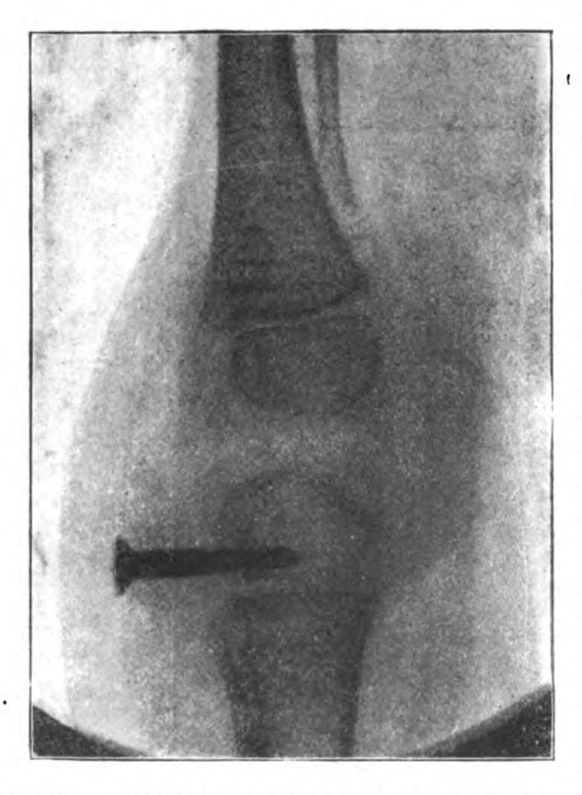


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:10 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Arthrodese der Patella ausgeführt, d. h. die Anheftung dieses Sesambeins an die Vorderfläche des Oberschenkels. Wie der Erfolg gezeigt hat, genügt diese partielle Verödung durchaus, um dem Kniegelenk den nötigen Halt zu geben und die Belastungslinie beim Gehen vor die Gelenkachse zu bringen.

Der kleine und harmlose Eingriff lässt sich sehr rasch folgendermassen vornehmen: in Blutleere Schnitt am inneren Rand der Kniescheibe, von welchem aus die Vorderfläche dieses Knochens zur Hälfte freigelegt und die Gelenkhöhle eröffnet wird. Nach Umwälzen der Patella wird die Unterfläche derselben durch Abtragen einer Knorpelschicht angefrischt; an der Vorderfläche der Oberschenkelepiphyse wird unter Zurückschieben des Periostes mit dem scharfen Löffel ein entsprechendes Lager gegraben. Unter stärkstem Hinaufziehen der Patella an der mit einer Pince gefassten Quadrizepssehne wird mitten durch die Scheibe ein Loch vorgebohrt, das noch teilweise in den Oberschenkel eindringt. Hierauf wird die Kniescheibe mit einer gewöhnlichen, gut vernickelten Holzschraube von ca. 2,5 cm Länge und 4 mm Dicke fest an den Oberschenkel angeschraubt. Schluss der Wunde ohne Drainage, Gipsverband.



Die beiden Fälle sind kurz folgende:

Alois Blum, 5¾ Jahre, von Beckenried, mit 1 Jahr an Poliomyelitis erkrankt, trug 2 Jahre Apparat, bis derselbe nicht mehr passte. Seither Gang auf allen Vieren. Abduktionskontraktur des rechten Hüftgelenks von 45 Grad in Folge Schrumpfung eines gänzlich degenerierten, für eine eventuelle Transplantation unbrauchbaren Tensor Fasciae. Schlaffe Lähmung sämtlicher Muskeln der rechten Extremität, Schlotterfuss. Am 27. August 1907 in einer Sitzung Arthrodese des Fussgelenks mit Kocherschen äusserem Schnitt; Arthrodese der Kniescheibe mit Verschraubung, Korrektion der Hüftgelenkskontraktur mit subkutaner Durchtrennung des Tensor Fasciae. Gipsverband. Afebriler Verlauf; am 10 X. Wunden geheilt. Pat. geht am 29 XI. mit Stock. Am 12 I. 08 Austritt mit korrigierter Hüftstellung. Die Kniescheibe fibrös fixiert, Schraube nicht fühlbar. Passive Beweglichkeit des Kniegelenks zirka 30 Grad, soweit es das Lig. Patellae


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

erlaubt. Fuss gut fixiert. Nach brieflicher Mitteilung geht der Knabe zu Hause ohne Stock, auf der Strasse noch mit demselben. Der Quadrupedengang hat vollständig aufgehört.

2) Huber Hans, 5½ Jahre, von Dottikon. Poliomyelitis mit 1 Jahr. L. Lähmung des Quadrizeps, Pes equinovalgus paralyticus. R. schlaffe Lähmung des ganzen Beines samt den Glutaeen, pes equinus höchsten Grades. Der Schenkelkopf in der atrophischen Leistenbeuge sichtbar. Pat. ist nie gegangen, schiebt die gelähmten Beine sitzend vor; an beiden Händen Gehschwielen.

I. Operation am 4. VI. 07: Arthrodese des r. Fussgelenks. Mit Karton-Kleisterverband vorderhand entlassen. II. Operation am 13. IX. 07: Verschraubung der r. Kniescheibe wie oben. Arthrodese des r. Hüftgelenks unter hinterem Kocherschen Winkelschnitt. Afebriler Verlauf. 3. IX. Wunden primär verheilt. Pat. geht mit Gehbock. Wiedereintritt am 19. III. 08 zur Quadrizepsplastik des l. Beines. Die r. Kniescheibe ist fest fixiert, das Gelenk zirka 10 Grad beweglich. Hüftgelenk unvollständig verwachsen. Geht mit Stock, da das l. Bein noch einknickt.

In beiden Fällen hat also diese künstliche Ankylose der Kniescheibe dazu beigetragen, gehunfähige Krüppel zu aufrechten Menschen zu machen. Durch diesen einfachen Eingriff werden die Exkursionen der gänzlich unbrauchbaren Kniegelenke genügend gehemmt, ohne die Beine in steife Stelzen zu verwandeln. Gerade aber diese teilweise, doch sicher beschränkte Beweglichkeit der Kniegelenke ist für den Gang von höchstem Wert.

Ich halte mich deshalb für berechtigt, die Arthrodese der Patella den Fachgenossen zur Nachprüfung empfehlen zu sollen.

---

1) **Vulpius.** Die Orthopädie als Spezialität und ihre Begrenzung.

Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 5. p. 239.

Erwiderung auf den Vortrag von Lorenz: „Die Orthopädie als Spezialfach." Allgemeine Bemerkungen über die Existenzberechtigung der Orthopädie als Spezialität und über den Wert einer geschlossenen, nicht an- oder abgegliederten, orthopädischen Lehranstalt. Wenn der allgemeinen grossen Chirurgie auch vorbehalten bleiben muss, das gesamte Gebiet dem Studierenden vorzuführen, so kann das Spezialinstitut doch erst die dort gewonnenen Kenntnisse vertiefen und erweitern.

Weiter wird die Frage nach der Begrenzung der Orthopädie aufgeworfen und betont, dass es weder nach der Chirurgie hin noch nach anderen Gebieten wie der inneren Medizin feste Grenzen gibt. Die Orthopädie sensu strictiori behandelt die Stellungs- und Gestaltsabweichungen des Skelettsystems. Die Krüppelfürsorge ist ihr ureigenstes Gebiet.

Ewald-Hamburg.



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2) **Gahmig.** Ueber einen Fall von Osteomalacie beim Mann mit besonderer Berücksichtigung der Röntgendiagnose.
Dissert. Leipzig 1908.

In dem der Arbeit zu Grunde gelegten Falle handelte es sich um einen 51 Jahre alten Patienten, der an Osteomalacie litt. G. gibt die Krankengeschichte dieses Falles genau wieder und beschreibt die elf von ihm aufgenommenen Röntgenbilder, deren Befund deutlich mit den bisher bei dieser Erkrankung erhobenen Sektionsbefunden übereinstimmt. Alle therapeutischen Massnahmen, auch das von Bossi empfohlene Adrenalin versagten in diesem Falle vollkommen.

Blencke-Magdeburg.

3) **Lewitan.** Fieber bei subkutanen Knochenfrakturen.
Dissert. Berlin 1908.

L. hat 850 Krankengeschichten von Frakturen mit den dazugehörigen Temperaturkurven aus der chirurgischen Klinik der Charité einer genauen Durchsicht unterzogen und zwar hat er nur die Fälle berücksichtigt, die noch am Tage der Verletzung eingeliefert wurden. Ferner wurden sämtliche Fälle von Wirbel-, Schädel- und Rippenfrakturen ausgeschieden, desgleichen alle die, bei denen Nebenverletzungen vorhanden waren, da ja bei allen diesen Fällen das Fieber eventuell andere Ursachen haben konnte. 778 Fälle verliefen absolut fieberlos, bei 72 Fällen fanden sich Temperatursteigerungen. Beckenfrakturen und solche der langen Röhrenknochen der unteren Extremität zeichneten sich am meisten durch Fieber aus; bei 54 Fällen war ein bedeutendes Blutextravasat vorhanden, bei 14 ein mässiges und bei 4 ein geringes, so dass L. der Ansicht ist, dass dies mit dem Fieber in Zusammenhang zu bringen ist. Letzteres trägt den Charakter des Volkmannschen aseptischen Fiebers. Die Heilungsdauer wird durch dasselbe nicht beeinflusst; die Prognose ist günstig; therapeutische Eingriffe kommen nicht in Frage. Einige typische Krankengeschichten sind der Arbeit beigegeben.

Blencke-Magdeburg.

4) **Rousseau.** Traitement des plaies contuses. (Behandlung der Quetschwunden, spez. der Gelenke).
Thèse de Paris 1906.

Die Behandlung der Gelenkwunden soll im allgemeinen eine möglichst konservative sein. Ausgiebigere Eröffnung des Gelenks kommt häufig in Frage und soll zeitig genug vorgenommen werden. Auch Resektion des verletzten Gelenks ist hin und wieder nötig. Amputation soll nur gemacht werden, wenn die konservative Be-



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

handlung versagt. Dass eine Amputation unmittelbar nach der Verletzung vorgenommen werden müsste, kommt nur in ganz aussergewöhnlichen Fällen in Betracht. Relativ am günstigsten in Bezug auf die Erhaltung des Gliedes und die Funktion des Gelenks sind nach den Erfahrungen des Verf. die Verletzungen des Ellenbogengelenkes und auch des Knies. Schwerer sind die Quetschwunden des Fuss- und Handgelenks, sowie die der Schulter und der Hüfte anzusehen. Bei Verletzungen der Finger ist verhältnismässig oft die Amputation des verletzten Gliedes indiziert. Lässt die konservative Behandlung im Stich, so ist manchmal die Amputation des Gliedes nicht zu umgehen. Um möglichst sicher und schonend vorzugehen, empfiehlt Verf., nach der von Quénu angegebenen Methode die Abtragung mittels Thermokauter ein oder zwei Finger breit oberhalb des Eiterherdes vorzunehmen und etwaige interstitielle Abzesse auszubrennen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

5) **W. S. Baer** (Baltimore). Some observations upon the use of oil in the mobilisation of joints.

American journ. of orth. surg. 1907, 2, p. 234.

B. hat mehr als 100 Fälle von verschiedenartigen Gelenkerkrankungen (meist Knie, aber auch Hüfte und Schulter) mit sterilem Olivenöl behandelt. Teils wurde dasselbe nach einer Arthrotomie ins Gelenk gegossen, teils mit einer Spritze injiziert. Die Wirkung des Oels ist wohl nur eine mechanische und hält nicht allzulange an: zwei Monate später ist keine Spur mehr im Gelenk zu finden. Das Oel scheint auch die Entzündung der Synovialmembran herabzusetzen, speziell bei der Gelenktuberkulose. Hier sowohl, wie bei manchen anderen chronischen Gelenkentzündungen beseitigt es die Krepitation und die Schmerzen. Man soll mit der Injektion nicht zu lange warten, um gleich von vornherein die Verwachsung der Gelenkenden zu verhindern.

Ist einmal das Gelenk versteift, und ist man gezwungen, die Adhäsionen operativ zu lösen (bei gonorrhoischen Arthritiden!), so soll man nach der Arthrotomie immer Oel ins Gelenk bringen. Verschiedene Krankengeschichten zeigen die gute Beweglichkeit und die Schmerzlosigkeit bei der Anwendung von Oel. Ja, selbst wenn eine knöcherne Vereinigung mit dem Meissel gelöst werden muss (Patella von Femur), ergibt die Anwendung des Oels äusserst günstige Resultate.

Sehr gute Erfahrungen hat B. auch bei der Arthritis deformans gemacht, wo er alle 2 Wochen Oel injizierte und



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sofort — noch in der Narkose mit Bewegungen und Massage begann. Solcher Art behandelte Gelenke wurden bei weitem schneller und mehr beweglich als die nicht mit Oel behandelten. Ausserdem sind die Manipulationen, die man zur Lösung der Steifigkeiten vornimmt, nicht so schmerzhaft. **Ewald**-Hamburg.

6) **J. Stefani** (Lyon). Le tabès ostéoarticulaire précoce.

Gazette des hôpitaux. 1908. Nr. 23, p. 267.

Während gewöhnlich die Knochen- und Gelenkerkrankungen bei der Tabes erst lange nach dem Manifestwerden der Krankheit auftreten, kann St. einige Fälle mitteilen, in denen spontane Knochenbrüche und Gelenkaffektionen das erste Symptom der Tabes darstellten zu einer Zeit, wo das Fehlen des Patellarreflexes und der Pupillenreaktion noch nicht nachzuweisen war. Es handelte sich entweder um multiple Spontanfrakturen (rarefizierende Ostitis) oder um lokalisierte deformierende Ostitiden, besonders an den kleinen Extremitätenknochen, oder um reine Gelenkerkrankungen (Hydarthros mit gleichzeitigen oder nachfolgenden Deformierungen der Gelenkenden und fehlerhafte Stellung der Gliedmassen).

Ewald-Hamburg.

7) **Vulpius** (Heidelberg). Ueber die Technik und den Wert der Sehnenüberpflanzung bei der Behandlung der spinalen Kinderlähmung.

Deutsche med. Wochenschr. 1908. No. 4. S. 142.

Nach seinem auf dem französischen Chirurgenkongress gehaltenen Vortrag stellt Verf. hier nochmals kurz seine Grundsätze in der Behandlung der Kinderlähmung auf. Vor allem soll eine Operation nicht vor Ablauf eines Jahres vorgenommen werden. Ferner soll bei Fällen, bei denen die Lähmung eine sehr ausgedehnte und nur minderwertige Muskulatur vorhanden ist, statt Ueberpflanzung lieber die Arthrodese angewandt werden. Genauer Operationsplan nach Massgabe des vorhandenen Muskelmaterials und gute Technik ist bei Ueberpflanzungen dringend nötig. Wenn ein solcher vorhanden, gibt die totale Ueberpflanzung eines funktionsverwandten Muskels das beste Resultat, doch gibt auch die Transplantation eines geteilten Muskels oder eines Antagonisten gute Erfolge. Von grosser Wichtigkeit ist auch entsprechende Nachbehandlung. Bei Beobachtung aller dieser Bedingungen lassen sich mit Sicherheit gute und dauernde Resultate erzielen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

8) **Feer** (Heidelberg). Die kutane Tuberkulinprobe (v. Pirquet) im Kindesalter.

Münch. med. Wochenschr. 1908, 1. S. 6.

F. hat 344 Kinder im Alter von 0 bis 15 Jahren mit Alttuberkulin geimpft. Davon waren 25 sicher festgestellte Tuberkulosen, die alle mit einer Ausnahme (sehr kachektische Peritonitis tuberk.) reagierten. Von 291 Unverdächtigen reagierten 27. Von 112 Säuglingen haben nur 3 reagiert, wie überhaupt mit den Jahren der Prozentsatz erheblich steigt, bei 10—15-Jährigen auf über 50 Prozent. F. kann mit Pirquet sagen, dass der positive Ausfall der Hautimpfung die Tuberkulose beweist. Kachektische und Fälle von Miliartuberkulose und Meningitis reagieren oft in letzter Zeit nicht mehr. Die Calmettesche Ophthalmoreaktion hat F. in 50 Fällen versucht, sie hat ihm aber unsichere Resultate ergeben, während die kutane Tuberkulinprobe ihn nie im Stiche gelassen hat. In vielen Fällen hat die Autopsie die positive oder negative Diagnose bestätigt. **Ewald**-Hamburg.

9) **R. Bine** u. **H. Lissner** (Heidelberg). Die Technik der Opsoninbestimmung und ihre Anwendung bei Lungentuberkulose.

Münch. med. Woch. 1907. Nr. 51.

Nach genauer Angabe der Technik der Bestimmung des opsosnischen Index und Schilderung einiger Versuche bestätigen Verf. den von Wright aufgestellten Satz, dass das Serum Substanzen enthält (Opsonine), die die Bakterien so beeinflussen, dass sie von den Phagocyten leichter aufgenommen werden. Wright hat nun die Behandlung vieler Infektionskrankheiten mittels Bakterienvakzinen mit Erfolg durchgeführt. Der günstige Zeitpunkt für die Einspritzung wurde durch die Opsoninbestimmung ermittelt. So konnten ausgezeichnete Erfolge bei Haut-, Knochen- und Drüsentuberkulose erzielt werden. Die Anwendung bei der Lungentuberkulose zu diagnostischen und noch mehr zu therapeutischen Zwecken machte den Verfassern ungeheure Schwierigkeiten, namentlich wegen der Kompliziertheit der Arbeitsmethode, sodass vorläufig dieselbe noch nicht allgemein Eingang finden dürfte. **Ewald**-Hamburg.

10) **P. Esau** (Greifswald). Akute Osteomyelitis des rechten Schambeines und zentrale pathologische Luxation des Oberschenkels.

Deutsche Zeitschr. für Chirurgie. Bd. 91. Heft 5—6. Pag. 611.

Bei einem 10 jähr. Kinde, das vor 10 Tagen akut erkrankte, fand sich eine starke Schwellung am r. Oberschenkel, der Schenkel-



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

beuge und der Unterbauchgegend. Das Bein, das aktiv nicht bewegt wurde, stand in extremer Beugung und Abduktion. Der r. Oberschenkel erschien verkürzt. Bei rektaler Untersuchung fühlte man auf der rechten Seite einen glatten, halbkugeligen Körper, der die Bewegungen des rechten Oberschenkels mitmacht. Bei der Operation fand sich hinter der Symphyse ein mächtiger Abszess, der entleert wurde. Nach mehreren Tagen Exitus letalis. An dem Beckenpräparat findet man das Os ischii aus seiner Verbindung mit dem Schambein und dem Acetabulum fast vollständig losgelöst. Der Knochen des Sitzbeins ist rauh und grau verfärbt. An Stelle der y-förmigen Fuge sieht man einen breiten Spalt. Die Pfanne entbehrt ihres Knorpelüberzuges. Der Bandapparat des Hüftgelenks, die Gelenkkapsel, das Ligamentum teres sind zerstört. Der Schenkelkopf ist grau verfärbt, der Schenkelhals steckt 2,5 cm tief im Becken. Der Knochen des Schambeins besitzt kein Periost und ist missfarben. Der Symphysenknorpel ist losgelöst. Nach dem anatomischen Befund wird man wohl annehmen müssen, dass die Osteomyelitis (im Eiter kurz-kettige Streptococcen) vom Os pubis ihren Anfang nahm und auf die Pfanne und das Sitzbein übergriff. Diese Annahme deckt sich auch mit dem klinischen Verlauf.

Stoffel-Heidelberg.

11) **Duclaux** (Paris). Déformations vertébrales post-traumatiques. (Deformierung der Wirbelsäule nach Trauma. Kümmellsche Krankheit).

La médec. des accid. du trav. Bd. V. S. 151.

Ausgehend von einem Falle bei einem 6jährigen Mädchen bespricht Verf. die verschiedenen Theorien, die über die Entstehung der Kümmellschen Erkrankung aufgestellt worden sind, um dann die Frage der Differentialdiagnose zu erörtern. Abgesehen von osteomyelitischen, syphilitischen, typhösen etc. Erkrankungen kommt für die Differentialdiagnose bei Verletzten vor allem Hysterie und tuberkulöse Spondylitis in Betracht. Die winklige Knickung des Buckels, sowie die Tatsache, dass er sich bei Suspension nicht ausgleicht, lässt Hysterie ausschliessen. Die Unterscheidung vom tuberkulösen Gibbus ist oft sehr schwer. In Berechnung zu ziehen ist dabei die Vorgeschichte, das Fehlen von anderweitigen tuberkulösen Affektionen. Dann ferner vermag noch das Röntgenverfahren eine Entscheidung herbeizuführen. Die Behandlung besteht in Immobilisierung zunächst 3 Monate in Bettruhe, dann noch auf längere Zeit mittels eines starren Korsetts.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

12) **Estor** (Montpellier). Déviation de la taille chez les jeunes filles.

La pathologie infantile. 1907, 5. p. 97.

Allgemein gehaltene Mitteilungen über die Skoliose junger Mädchen, und zwar über:

a. prädisponierende Ursachen (Heredität — allgemeine Muskelschwäche);

b. direkte Ursachen (schlechte Haltung);

c. die Untersuchung;

d. die prophylaktische Behandlung;

e. die eigentliche Behandlung bei den verschiedenen Graden der Skoliose.

Für den Orthopäden nur Allbekanntes. **Ewald**-Hamburg.

13) **Lussatti** (Ferrara). Lesioni della coda equina senza disturbi sensitivi.

Il Policlinico. 1908. Nr. 12.

Verf. berichtet über zwei Fälle, bei denen Läsionen der letzten Rückenmarkswurzeln zu motorischen Erscheinungen Anlass gaben, die nicht mit Anästhesien einhergingen. Im ersten Fall handelte es sich um eine traumatische Läsion (durch Kraftanstrengung) der Wurzeln des Epiconus, und es bestanden gürtelförmige Schmerzen längs der Nervenstämme, Paralyse der Tibiales und Peronei ohne irgend eine anästhetische Zone. Ausgang in Heilung. Vielleicht dürfte der besondere Mechanismus des vom Pat. erlittenen Traumas mehr die vorderen Wurzeln als die hinteren lädiert haben.

Im zweiten Fall hatte eine beginnende Form von später hereditärer Syphilis zur Lähmung des Detrusor der Blase ohne Störungen des Sphinkters und ohne Alterationen der Blasensensibilität geführt. Mit Quecksilbereinreibungen trat sehr rasche Heilung ein. Es ist wahrscheinlich eine Läsion der allerletzten Sakralwurzeln anzunehmen, d. h. derjenigen, welche den Detrusor durch das Ganglion hypogastricum innervieren, während die etwas höher liegenden sensiblen Nerven der Blase und diejenigen, die durch das Ganglion mesentericum inf. den Sphinkter innervieren und von den letzten Lendenwurzeln herkommen, intakt geblieben wären. **Buccheri**-Palermo.

14) **Huchet** (Paris). Fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus. Traitement chirurgical. (Die chirurgische Behandlung der Brüche des unteren Humerusendes.)

La médec. des accid. du trav. Bd. V. S. 136.

Verf. führt eine Reihe französischer Chirurgen an, die darin



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

übereinstimmen, dass man bei Gelenkbrüchen, spez. bei solchen des Ellenbogengelenks keine immobilisierenden Verbände anwenden dürfe. Während ein Teil für Massage und Bewegungstherapie ist, sind andere mehr zu operativem Vorgehen geneigt, sei es in der Weise, dass sie die Fragmente durch Knochennaht vereinigen oder Bruchstücke, die Hindernisse für die Bewegung darstellen, auf blutigem Wege entfernen. Verf. geht dann näher auf das von Lambotte angegebene Verfahren der Verschraubung der frakturierten Knochen ein. Bei Schrägbrüchen, Absprengung eines oder beider Kondylen können die Bruchstücke direkt mit einander verschraubt werden, bei etwas höher liegenden Querbrüchen erfolgt die Vereinigung durch Anschrauben einer Längsschiene an beiden Bruchstücken. Die Methode hat auch den Vorteil, dass Komplikationen von Seiten der Nerven, Verletzung oder Kompression durch die Fragmente oder durch Interposition, leicht behoben werden können.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

15) **Machol.** Die Luxatio cubiti posterior und ihr Verhältnis zur sogenannten Myositis ossificans traumatica.

Beitr. zur klin. Chirurgie. 56. Bd. Heft 3, S. 775.

Verf. war in der Lage, 16 von 18 Fällen frischer Luxation des Ellbogens nach hinten über längere Zeit hinaus nach der Reposition zu beobachten und röntgenologisch zu untersuchen. Er kommt zu dem Schlusse, dass die reponierte Luxatio cubiti posterior incomplicata eine Myositis ossificans traumatica zur Folge habe. Der M. brachialis internus ist der prädestinierte Sitz der Erkrankung. Klinisch machen sich die ersten Anfänge der Ossifikation etwa 4 Wochen nach der Reposition, nicht nach dem Trauma, bemerkbar. Unter zunehmender Funktionsbehinderung Vergrösserung bis zum Ende des 3. Monats. Hierauf Verkleinerung unter gleichzeitiger Verhärtung und Zunahme der Funktionsfähigkeit. Meistens in $1^1/_2$ Jahren Restitutio ad integrum, sonst wenigstens stets Erreichung voller Funktionsfähigkeit.

Röntgenologisch unterscheidet Verfasser 3 Gruppen: 1. Ossifizierender Schatten im Weichteilbereich der Humerusdiaphyse, ein breiter Schatten von der Diaphyse strebt ihm entgegen: Prognostisch lange Dauer mit hochgradiger Verknöcherung und lange dauernde Beeinträchtigung des Gelenkgebrauchs. 2. Ossifizierender Schatten im Weichteilbereich des Gelenkspalts und der proximalen Vorderarmdiaphyse und schmaler Ausläufer gegen diese: Prognostisch reichliche Ossifikation, jedoch schneller Abbau und nur vorübergehende Störung



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

des Gelenkes. 3. Ossifizierender Schatten im Weichteilbereich der Humerusdiaphyse ohne Verbindung mit dem Knochen: Prognostisch schneller Abbau ohne jegliche Störung.

Pathologisch anatomisch fasst Verf. die Affektion als eine entzündliche auf, ausgehend von dem sekundären Repositionsinsult des Muskels mit kurz darauf folgender Inanspruchnahme des Muskel. Wahrscheinlich beteiligt sich an dem Aufbau der beiden ersten Gruppen das Periost neben dem Muskelgewebe, während bei der 3. Gruppe nur das Muskelgewebe verknöchert. Für den Grund der Verknöcherung stellt Verf. einige einleuchtende Hypothesen auf.

Die operative Therapie ist nur indiziert, wenn die Verknöcherung benachbarte Gebilde, bes. Nerven tangiert, sonst nur bei Ablauf des Prozesses, wenn noch Funktionsstörungen vorliegen, im übrigen konservativ: anfangs Ruhe, später leichte Massage, evtl. Heissluftdouche und feuchte Packung, in den meisten Fällen nach der Reposition ruhig abwarten und Schonung empfehlen.

Die ausführlichen Krankengeschichten und schönen Röntgenbilder tragen reichlich zum Verständnis der interessanten Arbeit bei.

Meyer-Heidelberg.

16) **M. Jaboulay** (Lyon). Section du cubital droit.

Gazette des hôpitaux. 1907. Nr. 142, p. 1695.

Eine 16jährige Schneiderin erlitt im 6. Lebensjahre eine Verletzung des nervus ulnaris, so dass der 4. und 5. Finger wegen Lähmung der Interossei eine Klauenstellung einnahmen (Hyperextension der Grundphalanx, Beugung der Mittel- und Endphalanx). Allmählich hat sich eine Kontraktur dieser Finger herausgebildet. J. will die beiden durchtrennten Enden des Nerven wieder vereinigen (event. mit Verlängerung des Nerven). Ein Resultat dürfte erst in 3—6 Monaten zu erwarten sein. **Ewald**-Hamburg.

17) **H. Brassert** (Leipzig). Spätläsion des Ulnaris.

Münch. med. Wochenschr. 1907. Nr. 53, p. 2641.

Ein 48jähriger Mann hatte vor 33 Jahren Scharlach durchgemacht, woran sich schwere eitrige Prozesse in beiden Ellenbogengelenken abspielten. Die Ellenbogengelenke, namentlich das rechte, werden deformiert gefunden, das Röntgenbild zeigt Verdickungen und knöcherne Wucherungen am unteren Ende des Humerus und oberen Ende des Radius und der Ulna, die durch eine knöcherne Brücke verbunden scheinen. Jetzt vor etwa 5—6 Wochen hat sich im rechten Arm „Reissen“ und Schwäche im 4. und 5. Finger ein-



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gestellt, die Muskulatur zwischen Daumen und Zeigefinger ist stark geschwunden und zeigt Ea. R. partiell.

B. führt mit Oppenheim die Parese des rechten Ulnaris auf die arthritisch-deformierenden Veränderungen am rechten Ellenbogengelenk zurück. **Ewald**-Hamburg.

18) **Heinecke.** Beiträge zur Behandlung der Spina ventosa mittels freier Autoplastik.
Dissert. Berlin 1908.

H. bringt die Krankengeschichten von 7 Fällen, die wegen Spina ventosa nach der Müllerschen Autoplastik-Methode operiert wurden. Die erzielten Erfolge waren derartig, dass H. zu der Ansicht gekommen ist, dass ein operatives Vorgehen bei derartigen Fällen immer das beste ist. Bei leichteren Fällen, die frühzeitig genug in die Hände des Arztes kommen, genügen mitunter noch Auslöffelungen, Auskratzungen u. dergl. m.; handelt es sich aber um ein Kind aus tuberkulöser Familie, das womöglich noch andere tuberkulöse Herde aufweist, so ist sicherlich die völlige Entfernung der Diaphyse die beste Methode; die freie Autoplastik liefert bessere Resultate als andere Methoden und bietet immerhin die beste Aussicht auf eine gute äussere Form und auf eine gute Funktionsfähigkeit des operierten Gliedes. **Blencke**-Magdeburg.

19) **Zuelzer** (Potsdam). Die Nachbehandlung von Fingerverletzungen von Seiten des praktischen Arztes.
Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1907, Nr. 8, S. 253.

Z. weist darauf hin, dass die Nachbehandlung bei Fingerverletzungen möglichst sofort nach Abschluss der Wundheilung einsetzen solle. Die gesunden Finger solle man von vornherein vom Verbande freilassen, wenn dies nicht angängig, die Stellung beim Verbandswechsel ändern. Zur Erzielung der Beugung und zur allmählichen Dehnung verkürzter Strecksehnen benutzt Verf. Fingerlinge, die an der Basis der Finger durch um das Handgelenke geführte Bänder festgehalten werden. Andere Bänder, die an der Spitze der Fingerlinge befestigt sind, erlauben, die Finger in jede Beugestellung zu bringen und durch Befestigung am Handgelenk auch darin zu halten. Auch durch Ueberwickeln einer Gummibinde können die Fingerspitzen der Handfläche genähert werden. Ausserdem empfiehlt Verf. Massage, Elektrisieren und Uebungen auch mittelst Pendelvorrichtungen, die er in der Weise anstellt, dass er über den Finger einen Saugpfropfen zieht, an dessen Spitze ein mit Gewicht versehener Lederriemen befestigt ist, dessen Pendelbewegungen sich auf die Fingergelenke übertragen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

20) **Priwin.** Ueber die Behandlung der Kniescheibenbrüche mittels der Naht.

Dissert. Berlin 1908.

P. ist auf Grund seiner Erfahrungen, die er an mehreren von Prof. Jaffe operierten Fällen machen konnte, zu der Ansicht gekommen, dass bei frischen Fällen mit Diastasen von mehr als 1—2 cm und in Fällen, in denen mit aller Wahrscheinlichkeit auf einen bedeutenderen Riss des Seitenstreckapparates gerechnet werden muss, die offene Naht dieses das beste Behandlungsverfahren ist, wenn nicht durch die Umstände irgendwelche äusseren Kontraindikationen bedingt werden, und dass bei veralteten Kniescheibenfrakturen mit Strecklahmheit oder stark verminderter Beugefähigkeit die Bruchstücke ebenfalls durch offene Naht zu adaptieren sind. Sollte dies Verfahren unmöglich sein, dann soll man zu plastischen Operationen seine Zuflucht nehmen. Zu beachten ist in erster Linie, dass der primäre Verband in Beugestellung anzulegen ist, damit die volle Flexionsfähigkeit gesichert bleibt. **Blencke**-Magdeburg.

21) **Bilhaut** (Paris). Le genu recurvatum au cours de la coxalgie. (Genu recurvatum bei Koxitis.)

Ann. de chir. et d'orthop. Bd. XX. Nr. 8. S. 225.

Verf. hat die Genua recurvata, wie sie oft im Gefolge von Koxitis auftreten, näher untersucht und festgestellt, dass sie nicht auf einer Lockerung des Bandapparates beruhen, sondern auf Veränderung der knöchernen Bestandteile des Kniegelenks. B. führt diese ossäre Verbiegung auf die Kalkarmut der Knochen zurück, wie sie sich immer bei der ganzen Extremität von Koxitiskranken zeigt, ja er ist sogar geneigt anzunehmen, dass sich die Tuberkulose überhaupt erst in solchen Knochen ansiedle, die von vornherein unter schlechten Ernährungsverhältnissen stehen. Bei Anfertigung von Apparaten resp. bei Extension in Bettruhe ist deshalb darauf zu achten, dass eine Ueberstreckung des Kniegelenks und demgemäss ein Genu recurvatum vermieden wird.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

22) **Kantor.** Die Behandlung der Kniegelenkstuberkulose in der Königl. chirurg. Klinik zu Berlin von 1888—1903.

Dissert. Berlin 1908.

An der Hand von 398 Fällen von Kniegelenkstuberkulose, die in der chirurg. Klinik und Poliklinik zu Berlin in den Jahren von 1888—1903 in Behandlung kamen, (es waren eigentlich 814, von


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

denen die übrigen aus bestimmten Gründen keine Berücksichtigung finden konnten) ist K. zu der Ansicht gekommen, dass die eingreifenderen Operationen mancherlei Vorteile gegenüber den konservativen Methoden bieten, dass aber, da ja auch für die spätere Bewegungs- und Erwerbsmöglichkeit gesorgt werden muss, letztere sehr gute Resultate liefern, die in vielen Fällen derartig sind, dass sie einen der schönsten Erfolge unserer Wissenschaft darstellen.

Blencke-Magdeburg.

23) **M. Rabère** (Bordeaux). Les courbures congénitales des os de la jambe et les pseudarthroses infantiles.

Gazette des hôpitaux 1907. Nr. 101. p. 1203.

Angeborene Verkrümmungen des Unterschenkels kommen bei normaler Knochenausbildung vor, ferner bei Fehlen der ganzen oder eines Teils der Fibula oder der Tibia; nebenbei werden häufig Pseudarthrosen bei der Geburt oder später konstatiert.

Ein 1jähriges Kind, das mit einer Verkrümmung des linken Unterschenkels mit der Konvexität nach vorn zur Welt kam, erlitt im 9. Monat eine Fraktur des deformierten Unterschenkels, die erst einen Monat später von der Mutter bemerkt wurde. Es zeigte sich keine Neigung zur Konsolidation. Das untere Ende des Unterschenkels ist nach jeder Richtung hin leicht und ausgiebig zu bewegen, ohne dass Schmerzen geäussert werden. Das Röntgenbild bestätigt den Befund der Pseudarthrose. Da eine Operation verweigert wurde, wird der Unterschenkel nur mittels einer Schiene fixiert, doch ist 11 Monate später noch derselbe Zustand zu konstatieren. Dieser Fall gibt R. Veranlassung, auf die Schwierigkeit der Behandlung hinzuweisen. Aus einer Zusammenstellung, die Charet aus der Litteratur vorgenommen hat, geht hervor, dass von 33 Fällen nur viermal Heilung der Pseudarthrose eintrat, einmal durch einfache Mobilisation, dreimal nach Resektion der Frakturenden, fünfzehnmal musste der Unterschenkel amputiert werden. — Bei Besprechung der Aetiologie wendet sich R. gegen die Theorie der intrauterinen Fraktur, gegen die so gut wie alles spräche. Er findet am plausibelsten die Theorie von Dareste: Enge des Amnion, wodurch auch die anderen eventuellen Knochendefekte erklärt werden.

Therapeutisch kommen bei der Pseudarthrose neben der einfachen Anfrischung, der Resektion der Frakturenden, die Knochennaht, die Knochentransplantation, die Pfropfung, die Aluminiumschiene in Betracht. Doch ist der Erfolg dieser Operationen keineswegs sicher. Bewährt hat sich das von Reichel (Chemnitz)



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

angegebene Verfahren: er pflanzt von dem gesunden Unterschenkel einen Haut-Periost-Knochenlappen auf die Stelle der angefrischten Pseudarthrose, legt beide Beine in einen Gypsverband und trennt die Lappen erst nach 20 Tagen von dem gesunden Unterschenkel. Dann fixiert er die Pseudarthrose noch längere Zeit, bis eine feste Konsolidation erzielt ist.

Ewald-Hamburg.

24) **Stein** und **Preiser.** Ein Röntgenfrühsymptom bei pes plano-valgus.

Fortschr. auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. Bd. XI, H. 6.

Stein und Preiser haben bei schmerzhaften, beginnenden Plattfüssen häufig eine Periostitis ossificans an der medialen Seite der Grundphalangen der 2.—5. Zehe gefunden, während die laterale Seite ganz scharfe, reine Konturen zeigte. Da diese Stelle dem Ansatz der medialen m. interossei entspreche, so könne die Erscheinung durch starke aktive Kontraktur oder durch passive Ueberdehnung der m. interossei zustande kommen. Zur Unterscheidung von Schmerzanfällen bei Gicht, die auch meist im Grosszehengelenk lokalisiert ist, kann dieser Befund gute Dienste leisten.

Rauenbusch-Heidelberg.

25) **Muskat** (Berlin). Die Verhütung des Plattfusses mit besonderer Berücksichtigung der Wehrfähigkeit.

Deutsche militärärztl. Zeitschr. 36. Bd. S. 673.

Verf. weist darauf hin, dass ein sehr grosser Prozentsatz von Dienstuntauglichen an Plattfüssen leide, und dass deshalb diese Frage für die Rekrutierung von grossem Belang sei. Auch dass bereits Eingestellte wegen des gleichen Fussleidens wieder entlassen werden müssen, kommt ziemlich häufig vor. M. schlägt deshalb vor, die Kontrolle, die der Staat über seine Bürger bei Gelegenheit der Impfung, des Schulbesuchs, des Militärdienstes ausübt, auch der Prophylaxe des Plattfusses dienstbar zu machen. Es soll Aufklärung über die Schädlichkeit ungeeigneten Schuhwerks, sowie der üblichen Strümpfe, die nicht der Form des Fusses entsprechen, verbreitet werden, sowie auch auf die Möglichkeit hingewiesen werden, dass durch Heftpflasterverbände, Einlagen, zweckmässiges Schuhwerk und entsprechende Uebungen eine Heilung der bereits eingetretenen Deformierung möglich ist. Eine kurze Statistik zeigt die Häufigkeit des Vorkommens von Plattfuss in verschiedenen Jahresklassen, sowie auch die Verbreitung des Leidens in verschiedenen anderen Ländern.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

Digitized by

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vom XIV. polnischen Chirurgen-Kongress in Lemberg. Juli 1907.

[Berichte des X. Kongr. der polnischen Aerzte und Naturforscher.

Lemberg 1907/08. — Polnisch. — Pag. 147—169.]

Czarkowski (Warschau). Laminektomie bei Meningitis tbc.

Bei einem 20jährigen Fräulein entwickelten sich infolge einer diffusen tuberkulösen Meningitis Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen an den unteren und teilweise auch an den oberen Extremitäten. Auch Blasenstörungen kamen zustande. Zwei Jahre später nach dem Auftritt der ersten Druckerscheinungen seitens der Medulla wurde die Pat. operiert.

Die Duramater war mit einige Millimeter dicken, die Medulla komprimierenden tuberkulösen Granulationen bedeckt. Trotz einer ausgiebigen Resektion der Wirbelbogen (der zwei unteren Hals- und der fünf oberen Dorsalwirbel) gelang es nicht, die gesunde Dura blosszulegen.

Die Granulationen wurden entfernt.

Obwohl der allgemeine Zustand der Pat. nicht der beste war, schritt doch die Besserung rasch vorwärts. Schon am Tage der Operation wurden Bewegungen bemerkbar, und dieselben sind nach 3 Wochen vollständig normal geworden.

Die postoperative Periode wurde durch den Uebergang des tuberkulösen Prozesses auf die Basis cerebri kompliziert (Paralysis nervi abducentis sin. Tuberkel auf der Retina). Die Pat. wurde geheilt entlassen.

Eine Nachuntersuchung (7 Monate nach der Operation) ergab: Die Folgen der Paralyse des Nervus abducens sind kaum bemerkbar. Die Sehstärke ist fast normal. Die Bewegungen sind nicht beschränkt. Die Pat. setzt sich und richtet sich ziemlich frei auf.

Schlüsse: 1. Eine zu Druckerscheinungen seitens der Medulla führende Meningitis tbc. muss sofort operativ behandelt werden.

2. Es ist sehr wahrscheinlich, dass das Oeffnen des Wirbelkanals bei einer Meningitis tbc. auf den Verlauf des tbc. Prozesses denselben günstigen Einfluss wie eine Laparotomie auf den Verlauf einer Peritonitis tbc. ausübt.

3. Das Entfernen mehrerer Wirbelbogen bleibt ohne sichtbaren Einfluss auf die Statik der Wirbelsäule.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In der Diskussion empfiehlt **Sawicki** eine Laminektomie, wenn der Prozess sich in den Wirbelbogen abspielt, oder wenn Druckerscheinungen auftreten. Bis jetzt hat S. die Laminektomie 12 Mal ausgeführt. In 6 Fällen trat eine Heilung oder dauernde Besserung (ein paar Jahre) ein. In 6 anderen Fällen besserte die Operation teils die bestehenden Lähmungen nicht oder beschleunigte sogar den Exitus letalis.

Die Beobachtung seiner Fälle führt **Sawicki** zum Schlusse, dass man ein gutes Resultat nur in den Fällen von spastischen Lähmungen erwarten darf. Schlaffe Lähmungen werden durch die Operation nicht gebessert.

Nach seiner Ueberzeugung muss bei Kranken, bei denen tbc. Veränderungen in den Lungen oder Nieren klinisch nachgewiesen werden können, von der Operation Abstand genommen werden. Er warnt auch vor Einspritzung der Jodoformemulsion in eine tuberkulöse Wirbelsäule.

Prof. **Kosinski** hatte Gelegenheit diese Kranke einige Zeit vor der Operation zu untersuchen. Damals konnte man keine Veränderungen in den Knochen nachweisen. Er vermutete sogar Hysterie und wurde in seiner Meinung befestigt, als alle Störungen nach einer Lumbalpunktion plötzlich verschwanden. Doch kehrten dieselben bald wieder zurück, und die Operation hat bewiesen, dass eine anatomische Grundlage vorhanden war.

Sawicki (Warschau). Meningocele sacralis anterior.

Bis jetzt wurden 12 Fälle von Meningocele sacr. ant. beschrieben. In den letzten Jahren kam in Warschau noch ein Fall (Neugebauer) zur Beobachtung. Der berichtete stellt den 14 Fall dar.

Es handelte sich um eine 26jährige Frau, die sich im dritten Monat der Schwangerschaft befand. Die Pat. klagte über Bauchschmerzen und erschwerte Defäkation. Die letztere besteht schon seit Kindheit und findet nur 1—2 Mal wöchentlich statt.

Bei der Untersuchung wurde festgestellt, dass das ganze kleine und teilweise auch das grosse Becken durch einen grossen, fluktuierenden Tumor, der das Rectum und die Vagina unter die Symphyse herunterdrückt, ausgefüllt sind.

Von einer Operation wurde damals Abstand genommen. Die Pat. gebar ein gesundes Kind (Querlage — Wendung). Der Tumor vergrösserte sich nach der Geburt sehr wesentlich, und ein Jahr nach der Geburt kam die Pat. zur Operation.

21



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ein auf das Os sacr. sich ziehender Längsschnitt. Unter dem M. levator ani wird eine Dermoidzyste und eine Meningocele gefunden. Während des Abpräparierens der Meningocele bricht die Wand derselben dicht an einer in den Wirbelkanal führenden Oeffnung durch. Diese Oeffnung befindet sich in der Mitte des dritten sakralen Wirbels. Um die Oeffnung zu schliessen, wird aus dem Musc. glut. major ein über 10 cm grosser Lappen gebildet, das Os sacr. unterhalb der Oeffnung reseziert und der Kanal mittels des Lappens geschlossen. Die nach der Exstirpation des Tumors entstandene Höhle wird mit Gaze ausgefüllt.

6 Tage nach der Operation nach dreimaligem Aufstehen 4 Tage lang reichlicher Ausfluss von Liquor cerebro-spinalis. Bettruhe. Heilung.

Jedlicka (Lemberg). Ueber Sehnentransplantation.

Verfasser berichtet über drei interessante in der Lemberger chirurgischen Klinik ausgeführte Sehnentransplantationen.

Es wurde nach **Rydygier** in zwei Fällen von Torticollis der obere Teil des M. pector. major auf den degenerierten M. sternocleido-mast. transplantiert. Das erzielte Resultat war sehr gut. Die Asymmetrie des Gesichts ist verschwunden und es trat eine wesentliche Besserung der bereits bestehenden Skoliose ein.

In dem dritten Fall handelte es sich um eine Degeneration des Musc. cucullaris, die eine Folge einer während des Typh. abd. aufgetretenen Neuritis darstellte.

Es wurde ein Teil des Musc. pect. major auf den degenerierten Muskel transplantiert.

Bis jetzt sind 3 ähnliche Operationen beschrieben. Im Falle von **Hildebrandt** konnte der Pat. ebenfalls wie im Falle von **Persani** den Arm bis zu einer Horizontalen elevieren. Im Falle von **Sachs** konnte der Pat. nur 60—70° erreichen. — In dem berichteten Falle wurden 120° erzielt.

M. Staszewski (Krakau). Ueber die Behandlung der Rückgratsverkrümmungen nach der Klappschen Methode.

Mittels der genannten Methode wurden in der orthopädischen Abteilung der Krakauer Klinik (Prof. Kader) in den Anfangsstadien gute Resultate erzielt. Die Methode ist gut, sie darf nicht stiefmütterlich behandelt werden, doch muss sie richtig durchgeführt werden.



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In der Diskussion meint Prof. **Rydygier**, dass mittels anderer älterer Behandlungsmethoden ebenfalls gute Resultate erreicht werden können.

Zawadzki will diese Methode mit prophylaktischem Zweck in den Schulen während der Pausen eingeführt sehen.

M. Staszewski (Krakau). Zur Behandlung des Pes equino-varus.

Bericht über die in der Krakauer Klinik (Prof. Kader) behandelten 68 Fälle von kongenitalen und 29 Fälle von acquirierten Pes equino-varus.

Kader ist ein Freund einer plastischen Verlängerung der Tendo Achilles mit konsekutivem Redressement.

Bei älteren Kindern oder bei stark ausgeprägtem Leiden redressiert er nicht in einer Sitzung, sondern etappenweise. Vor der Anlegung des Gipsverbandes werden am Fuss mittels Leukoplast mit Filz ausgepolsterte Pappensohlen befestigt. Um die Innenrotation zu vermeiden, fixiert er das Kniegelenk in Flexion, indem der Unterschenkel nach aussen rotiert wird. Die Pflasterbändchen ziehen sich bis oberhalb des Kniegelenkes. Der Verband bleibt 4—6 Wochen liegen. Das Resultat ist desto besser, je jünger der Pat. ist. Das Verfahren kann sofort nach der Geburt angewandt werden. **St. Kon** (z. Z. Lodz).

---

27) **F. Levy.** Verein für innere Medizin in Berlin. 16. XII. 1907.

Deutsche med. Wochenschr. 1908. Nr. 4, p. 169.

Demonstration und Röntgenbild eines Mädchens, bei dem es sich um eine foetale Amputation der ganzen linken Mittelhand und der Finger handelt, während die Handwurzel vollkommen erhalten ist, wenn auch die 3 Knochen Multangulum majus und minus und Capitatum zu einem grossen Knochen verschmolzen sind. An Stelle der Finger sieht man ganz kleine Rudimente, z. T. mit kleinen Nägeln versehen. Aetiologie: Abschnürung durch amniotische Stränge. — Das Mädchen kann alle mögliche Arbeit mit dem Handstumpf verrichten (nähen, stricken, knöpfen, binden), wobei es sich mit Geschick des Daumenrudiments bedient. Eine Prothese trägt es nur zum Staat. **Ewald**-Hamburg.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

28) **F. Raymond** et **H. Claude.** Société de biologie à Paris. 15. Februar 1908.

Gazette des hôpitaux. 1908. Nr. 21, p. 297.

R. und Cl. stellen ein Mädchen von 20 Jahren vor, das an einer Dyschondroplasie mit Arthropathien und Mikromelie leidet. Im Anschluss an einen Gelenkrheumatismus, den das Mädchen im 7. Lebensjahre zu überstehen hatte, blieben Gelenksteifigkeiten zurück, ja in einigen Gelenken kam es mit der Zeit sogar zu Ankylosen (Röntgenbilder)! Gleichzeitig wurden aber auch die Epiphysen und die Epiphysenlinien ergriffen, so dass die Gelenkenden deformiert wurden und sämtliche Extremitätenknochen ihr Längenwachstum einstellten, so dass jetzt im 20. Jahre bei normalem Kopf und Rumpf Arm und Beine die Grösse einer Achtjährigen aufweisen. Die Krankheit hat eine grosse Aehnlichkeit mit der kongenital auftretenden Achondroplasie. **Ewald**-Hamburg.

29) **Fiocca** (Rom). Ulteriore contributo al reperto batteriologico sull' osteomalacia.

Società Lancisiana degli ospedali di Roma. Seduta del 7 marzo 1908.

Redn. erinnert daran, dass die ersten, welche aus dem lebenden Menschen Kulturen des Diplococcus der Osteomalacie gewannen, Fiocca und Arcangeli gewesen sind. Zu den zahlreich bekannt gewordenen Fällen fügt Redn. zwei neue noch unveröffentlichte Fälle, deren Krankengeschichte er illustriert.

Die Spezifität des Diplococcus wird bestätigt durch das Agglutinationsvermögen des Serums der Kranken. **Buccheri**-Palermo.

30) **Vahrenhorst** (Bremen). Veränderungen des Extremitätenskeletts bei Fistel nach operiertem Thoraxempyem. Vereinigung d. Sanitätsoffiziere d. IX. Armeekorps, Sitz. v. 10. Nov. 06.

Deutsch. militärztl. Zeitschr., 36. Bd., S. 718.

V. stellt einen Mann vor, bei dem vor 25 Jahren wegen Empyem eine Paracentese des Thorax gemacht worden war. Jetzt besteht noch eine Fistel, die dauernd Eiter sezerniert. Diese dauernde Absonderung hat zu einer Schrumpfung der befallenen Thoraxhälfte geführt und zu schweren Veränderungen der grossen Röhrenknochen, Verdickungen an den Epiphysenenden an Händen, Knie- und Fussgelenken, Verbreiterung der Patellen, Knochenauswüchsen an den Phalangen der Finger; stark ausgebildeten Trommelschlägerfingern und gleichartigen Verdickungen an den Zehen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

Generated on 2019-06-08 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

31) **Gangolphe.** Société de Chirurgie de Lyon. 5. Dez. 1907.

Revue de chirurgie. 1908. Nr. 1, p. 101.

Tabès à forme osseuse.

G. zeigt einen Kranken, dem er eine Zehe operiert hatte, die anscheinend an tuberkulöser Knochencaries erkrankt war. Später stellte sich heraus, dass der Mann an Tabes litt, und G. ist der Meinung, dass auch die Zehenerkrankung syphilitischen Ursprungs war.

Ueberhaupt meint er ganz im allgemeinen, dass die tabischen Arthropathien weiter nichts als syphilitische Knochen- und Gelenkerkrankungen sind. Sie werden durch Jodtherapie gebessert und lassen sich auch durch orthopädische Massnahmen gut beeinflussen. Muss man operativ vorgehen, so heilen die Wunden, ebenso wie die Frakturen nicht langsamer wie beim Gesunden.

Ewald-Hamburg.

32) **Deutschländer.** Ärztlicher Verein Hamburg. 14. April 1908.

D. spricht über die Verschraubung von Knochenbrüchen mit versenkten Aluminiumschienen, ein Verfahren, das er bisher 16 mal mit gutem Erfolge angewandt hat. Die Schiene muss nach 4—6 Wochen sekundär entfernt werden, da eine Einheilung nicht stattfindet. Zu der Entferuung ist keine grosse Operation in Narkose erforderlich, wenn man sich nur durch Tamponade den Zugang zu der Schiene erhalten hat. Dann kann man Schiene und Schrauben sehr leicht entfernen, da sich letztere in dem lebenden Knochen, der jeden Fremdkörper eliminieren will, gelockert haben. Ein längeres Verweilen der Schiene kann schädlich werden wegen der Kallusüberproduktion an der Bruchstelle, die die Funktion stark beeinträchtigen kann. Demonstration von Röntgenbildern und eines Falles.

Ewald-Hamburg.

33) **M. Judet.** Académie des sciences. 27. Januar 1908.

Gezette des hôpitaux. 1908. Nr. 14, p. 162.

Essai sur la greffe des tissus articulaires.

Durch Versuche an Hund, Kaninchen und Katze konnte J. nachweisen, dass ein Gelenkknorpelstück, auch wenn es völlig von seiner Umgebung losgelöst ist, wieder an die Abrissstelle anwachsen kann. Auch sei es möglich, einen Substanzverlust im Gelenkknorpel durch eine plastische Operation zur Deckung zu bringen, doch muss dann dem Knorpelstück, das überpflanzt werden soll, eine dünne Knochenschicht anhaften.

Ewald-Hamburg.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

34) **H. Judet.** Académie des sciences à Paris. 16. März 1908.
(Gazette des hôpitaux 1908, 35 P. 417.)

Essai sur la greffe des tissus articulaires.

Nach J.'s Versuchen kann beim Kniegelenk des Hundes ein abgesprengtes Knorpelstück durch ein solches von der Trochlea der Katze genommenes anatomisch und physiologisch ersetzt werden; nicht jedoch durch ein Stück Rippenknorpel desselben Tieres.

Wird ein Gelenkknorpelstück in einen Frakturspalt transplantiert, so wird zwar die Konsolidation etwas verzögert, doch entsteht keine Pseudarthrose. Ewald-Hamburg.

35) **E. Walkhoff.** Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. 16. Dez. 1907.
Deutsche med. Woch. 1908. Nr. 5, p. 220.

Histomechanische Genese der Arthritis deformans.

Nach den Untersuchungen W.'s beruht die Arthritis nicht auf einer Knochenatrophie sondern einer Knorpeldegeneration. Unter diesem degenerierten Knorpel geht die Knochenschicht progressive Prozesse ein, herbeigeführt durch die statisch-dynamischen Kräfte der Belastung. So kommt es an den Stellen der stärksten Beanspruchung zur Entwicklung der sklerotischen Schliffurchen, die sich durch Nekrose der oberflächlichsten Lage auszeichnen. Dagegen stellt sich an den nicht belasteten Stellen eine Atrophie ein. Die progressiven und regressiven Vorgänge in weiterer Entfernung vom Gelenk sind sekundärer Art, hervorgerufen durch eine Transformation des Knochengewebes an die durch die Deformation bedingte veränderte Beanspruchung. Demonstration mehrerer Röntgenbilder. Ewald-Hamburg.

36) **L. Wick.** Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.
Münch. med. Wochenschr. 1908. Nr. 7, p. 369.

Ueber den Heberdenschen Knoten (polyartikuläre Arthritis deformans).

Nach Untersuchungen von mehr als 100 Fällen und zahlreichen Röntgenbildern stellt W. folgendes fest:

Das Leiden betrifft namentlich das weibliche Geschlecht und das höhere Alter. Es treten ohne Entzündungserscheinungen in der Nähe der Fingergelenke diffuse oder knochenartige Knochenauflagerungen auf. Zur Gicht steht die Affektion in keiner Beziehung; dagegen haben die Heberdenschen Knoten eine nahe Verwandtschaft mit dem chronischen Gelenkrheumatismus.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Von Noorden will die Knoten der Arthritis deformans zurechnen, ebenso Weichselbaum. Beide empfehlen Paraffininjektionen, um einer Ankylose vorzubeugen. **Ewald**-Hamburg.

37) **Plate.** Aerztl. Verein Hamburg. 17. III. 1908.

Hamb. Aerztl. Korrespondenz 1908. Nr. 12.

Pl. stellt 3 Kranke mit hartnäckigem Gelenkleiden (bei 2 nach Gonorrhoe, bei 1 nach Rheumatismus) vor. Es bestehen Gelenkergüsse mit vielen festen Bestandteilen. Durch Resorption derselben schwellen die nächstgelegenen Lymphdrüsen an, und die in ihnen zunächst zurückgehaltenen resorbierten Massen verhindern den Lymphabfluss (schon 1888 von Fleiner an den Lymphdrüsen der Lunge beschrieben). Werden nun die Gelenke mit stark resorbierenden Mitteln behandelt, so entsteht Aufflackern des Gelenkleidens und Fieber. Daher muss man das Verhalten der Lymphdrüsen sorgfältig kontrollieren, ev. ihre Rückbildung durch Einreibung mit grüner Seife oder durch Soolbäder zu fördern suchen. Durch vorsichtige Massage wird der Lymphstrom gefördert. So konnte der Zustand wesentlich gebessert werden. **Ewald**-Hamburg.

38) **Dreesmann.** Allgemeiner ärztl. Verein zu Köln. 7. Okt. 1907.

Münch. med. Wochenschrift. 1907, 50, p. 2507.

D. stellt einen Fall von chronischem Gelenkrheumatismus vor. Das 17jährige Mädchen erkrankte im Alter von 6 Jahren subakut an Rheumatismus, zunächst an den Füssen und Knieen. Später wurden — ohne Störung des Allgemeinbefindens sämtliche Gelenke inkl. Wirbelsäule ergriffen. Nur die Finger- und Zehengelenke und die Kiefergelenke waren noch z. T. beweglich. Neben Kontrakturstellungen traten ausserdem starke Knochenverbiegungen an Vorderarmen und Oberschenkeln auf. Die Aetiologie des chron. Gelenkrheumatismus sei noch unaufgeklärt, doch meint D., dass in seinem Fall eine Infektion die Ursache der Erkrankung gewesen ist, und dass die Knochenverbiegungen durch die auf die Epiphysenlinien fortgepflanzten Entzündungen hervorgerufen werden.

Ewald-Hamburg.

39) **Rochard.** Société de Chirurgie de Paris. Dezember 1907.

Archives générales de chirurgie 1908. p. 151.

R. spricht über die Behandlung des Haemarthros genu mit Punktion, sofortiger Mobilisation und Anwendung des progressiv vermehrten Widerstandes. Diese Methode ist auch



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bei alten Gelenkergüssen, wo die Quadricepsatrophie trotz monatelanger Massagen und Elektrisierungen nicht geschwunden ist, angewandt worden und hat in kürzester Zeit dem Muskel die normale Kraft wiedergegeben. Und nach dem Verschwinden der Amyotrophie ist auch der Erguss zurückgegangen, der ja nur deswegen sich erhalten habe, weil der Gelenkraum durch Quadricepsatrophie vergrössert sei (??). Bei jedem chronischen Hydrarthos hat R. auf diesem Wege schnelle Erfolge erzielt. Die Widerstände werden durch verschieden schwere Gewichte gegeben, die an einer Schnur befestigt sind, die wieder über eine Rolle läuft. — Man muss sich jedoch versichert haben, dass das Skelett und der Bandapparat nicht verletzt sind. Wirksam ist das Verfahren auch bei rheumatischen und gonorrhoischen Gelenkleiden, nicht dagegen bei trockenen Arthritiden und kontraindiciert bei Fungus.

Berger hat dieselben guten Erfahrungen mit der Methode gemacht.

Ewald-Hamburg.

40) **Lucas-Championnière.** Société de chirurgie de Paris. 5. März 1908.

Gazette des hôpitaux 1908. Nr. 29.

L.-Ch. äussert sich zu der Frage der Behandlung des Haemarthros durch Übungen mit schweren Gewichten (s. Rochard) absprechend: er zieht das fortgesetzte Üben mit kleinen Widerständen vor und bemerkt, dass diese Förderung durch jeden Sport und jede Mechanotherapie erfüllt werden sollte. Er ist überhaupt ein Gegner jeder Gewaltanwendung in der physikalischen Therapie: die Muskel- und Gelenkmassage soll nur leicht ausgeführt werden, passive und aktive Bewegungen nur, soweit sie keine Schmerzen verursachen und ganz allmählich sich steigernd. Mit diesem Verfahren hat L.-Ch., wie bei anderen Gelenkerkrankungen auch beim Haemarthros sehr gute Resultate erzielt. Ist der Bluterguss sehr stark, so hat er zur Arthrotomie seine Zuflucht genommen.

Ewald-Hamburg.

41) **M. Pauchet** (Amiens). Société de chirurgie de Paris. 26. Febr. 08.

Gazette des hôpitaux. 1908. Nr. 26, p. 307.

Ein Mann von 26 Jahren litt an einer juvenilen Muskeldystrophie (Erb) und zwar waren sämtliche Muskeln des Schulter- und Beckengürtels befallen. Da die Scapula nicht fixiert werden konnte, waren die Bewegungen der Arme im Schultergelenk äusserst beschränkt. Es wurde nun die rechte Scapula mit Draht in normaler


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Stellung an den Rippen befestigt, so dass jetzt der Pat. den rechten Arm bis zur Horizontalen heben und die rechte Hand bequem zum Kopf führen kann, während der linke Arm so gut wie unbeweglich ist.

Quénu teilt mit, dass Duval mehrere ähnliche Fälle in derselben Weise mit befriedigendem Resultat behandelt habe.

Ewald-Hamburg.

42) **Hess.** Aerztlicher Verein Hamburg. 17. III. 1908.

Hamb. Aerzte-Korrespondenz 1908. Nr. 12.

H. demonstriert 2 Fälle der als Myoklonie bezeichneten Motilitätsneurose. In dem einen waren die blitzartigen Zuckungen arythmisch und halbseitig und betrafen den rechten Quadriceps femoris, adductor magnus, ileopsoas und obliquus abdom., in dem andern Fall waren sie doppelseitig, ebenfalls am ileopsoas und ext. fem. Beim Gehen war ein eigentümliches Einknicken und Stampfen zu bemerken. Auch am Cucullaris, pectoralis und biceps waren Zuckungen zu bemerken (Zusammenschlagen der Arme über die Brust), ferner neurasthenisches Schütteln der Vorderarme und tiefe, seufzende Inspiration nach jedem 4.—5. Atemzug.

Ewald-Hamburg.

43) **Voeckler.** Medizinische Gesellschaft zu Magdeburg. 17. Okt. 1907.

Münch. med. Woch. 1908. Nr. 5, P. 287.

demonstriert einen Pat. mit Myositis ossificans traumatica im rechten Brachialis int. bei einem 44jähr. Arbeiter, der zirka 1 Jahr vorher eine starke Kontusion des rechten Ellenbogengelenks mit Bildung eines grossen Haematoms erlitten hatte. Der Mann wurde damals nach 4wöchiger Behandlung mit noch eingeschränkter Funktion des Gelenkes entlassen. Eine Fraktur war nicht nachzuweisen. 9 Wochen später konnte palpatorisch und radiographisch ein 4 ctm langes Knochenstück im Brachialis int. nachgewiesen werden, dessen Grösse sich auch nach 1 Jahre kaum geändert hatte. Es steht mit dem Humerus in keinem Zusammenhang. Unbedeutende Funktionsbehinderung. **Ewald**-Hamburg.

44) **Tietze** (Breslau). 29. Versammlung der balneologischen Gesellschaft. 5.—9. März 1908.

Münch. med. Wochenschr. 1908. 13, p. 694.

Ueber die Behandlung der chirurgischen Tuberkulose im Kindesalter.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die operative Behandlung der chirurgischen Tuberkulose führt häufig zu schweren Verstümmelungen, daher sollte nur dann operiert werden, wenn keine zu grossen Verstümmelungen zu erwarten sind und die Ansicht schnellerer Heilung vorliegt, wobei viele soziale Gründe mitsprechen. Sonst kommt neben der Allgemeinbehandlung eine systematische Jodoformglyzerinkur zur Anwendung.

Die Diskussion richtet sich gegen die Weiterausbreitung der Heilstätten für Tuberkulose überhaupt. Rosenfeld-Breslau verneint positive experimentelle Beweise für den Nutzen der Heilstättenbehandlung und Moeller-Berlin hat fast dieselben Resultate im Sanatorium wie in der Ambulanz erzielt (10 % Heilungen).

Ewald-Hamburg.

45) **Feliziani** (Rom). Sull' iperemia passiva come metodo di cura.

Società Lancisiana degli ospedali di Roma. Seduta del 30 nov. 1907.

Verf. beschreibt 28 Fälle von persönlichen Versuchen. Es handelt sich um 5 Panaritia, 5 Phlegmonen der Hand, 6 akute Phlogosen des Fusses, 2 Periostitiden des Unterschenkels, 2 Adenophlegmonen des Halses, 2 Arthrosynovitiden; 2 Gonokokkus-Tendosynovitiden, 2 vollständige Frakturen des Unterschenkels mit Verzögerung der Konsolidierung, 2 Gelenkdistorsionen. Verf. erzielte eine vollkommene Heilung in letzteren 3 Fällen, unsichere Erfolge bei den beiden Phlegmonen des Halses, bei 2 der Finger, bei 2 der Hand und bei 2 Phlogosen des Fusses und des Unterschenkels, bei einer der Hand, bei einem Panaritium. Die übrigen Fälle heilten, doch handelte es sich um leichte Formen. **Buccheri**-Palermo.

46) **Gebele** (München). Ueber die Biersche Hyperämie. Aerztl. Verein München, 16. X. 1907.

Münch. med. Woch. 1908. Nr. 3.

Folgendes ist für Orthopäden von Wichtigkeit: die Erfahrungen der Münch. chirurgischen Klinik sind bei der Hyperämiebehandlung bei Tuberkulose der Knochen und Gelenke im allgemeinen nicht gut. Dies liegt einmal daran, dass man länger gestaut hat (6—8 Stunden) als Bier vorschrieb (1—2 Stunden tägl.); dann aber war das Material ungünstig zusammengesetzt. 50 Prozent aller Kranken hatten eine Kniegelenkstuberkulose, die ebenso wie das Fussgelenk nicht günstig durch die Stauung beeinflusst werden soll.

Befriedigend waren die Resultate nur bei der Ellenbogen- und Handgelenkstuberkulose. Von 5 der ersteren wurden 3 (7 Wochen



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bis 6 Monate) geheilt, 1 gebessert, 1 reseziert. Von den 3 Handgelenkstuberkulosen wurde 1 geheilt (9 Monate Stauung), 1 wesentlich gebessert, 1 blieb ungeheilt. Ueberhaupt scheint die Stauung, wohl noch zweckmässig mit der Schröpfkopfbehandlung verbunden, bei offenen Tuberkulosen besser zu wirken als bei geschlossenen; sie wirkt hier hyperämisierend und mechanisch.

Von 6 gestauten Sehnenscheidentuberkulosen am Vorderarm, Unterschenkel und Fuss heilten 4, 1 wurde wesentlich gebessert, 1 blieb ungeheilt. In der Diskussion berichtet Krecke über seine Erfahrungen, die er an dem ambulanten Material des Reisingerianums gemacht hat. Fast alle Fälle betrafen Kinder unterhalb des 14. Lebensjahres. Von den 200 Fällen blieben aber nur 55 genügend lange in Behandlung. Von diesen sind 16 geheilt, 6 nahezu geheilt, 23 gebessert und 10 unbeeinflusst. Dieses Ergebnis ist recht günstig insofern, als die Gelenkfunktion eine gute geworden ist. Denn Gelenkversteifungen werden durch die Staubehandlung fast vollkommen vermieden, ja u. U. sogar erheblich gebessert. Für die Tuberkulose des Kindesalters gibt es zur Zeit keine bessere Behandlung, auf jeden Fall übertrifft sie die immobilisierende Behandlung (volle Funktion, keine Verstümmelung, schmerzstillend, bequem und ohne grosse Kosten durchzuführen).

Ewald - Hamburg.

47) **Lucas - Championnière.** Académie de médecine de Paris. 25. Febr. 1908.

Gaz. des hôpitaux 1908. Nr. 24.

Traitement des sciatiques et des rhumatismes.

Versuche mit heisser Luft von 150—200° hatten bei Ischias sowie bei Gelenkerkrankungen nach Rheumatismus, Gonorrhoe und Trauma die besten Resultate: schon nach 4—6 Sitzungen verschwanden die Schmerzen und die sonstigen Beschwerden und in überrraschend kurzer Zeit konnten die Patienten wieder ihrer Arbeit nachgehen.

Ewald - Hamburg.

48) **Umber.** Altonaer ärztlicher Verein. 22. I. 1908.

Ueber die Ophthalmoreaktion.

Von 40 sicher Tuberkulösen haben nur zwei nicht regelrecht reagiert, der eine war aber moribund, der andere reagierte erst nach der 3. Instillation.

In dubiösen Fällen lieferte die Reaktion immer gute Resultate, der weitere Verlauf bestätigte fast immer die Diagnose.

Ewald - Hamburg.


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

49) **Schubert.** Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden. 19. Oktober 1907.

Münch. med. Wochenschr. 1907, 2504.

Die Ophthalmoreaktion bei Tuberkulose.

Neben vielen Lungen- und anderen Erkrankungen wurde auch bei verschiedenen Knochen- und Gelenkerkrankungen, wo Verdacht auf Tuberkulose bestand, die Ophthalmoreaktion angewandt. Der positive resp. negative Ausfall derselben entsprach immer dem klinischen Verlauf, so dass Sch. die Ophthalmoreaktion als ein äusserst wertvolles diagnostisches Hilfsmittel ansieht.

Ewald-Hamburg.

50) **Heinlein.** Nürnberger medizinische Gesellschaft und Poliklinik. 4. Juli 1907.

Münch. med. Wochenschr. 1907, 52, p. 2619.

H. verbreitet sich über die Lehre des Caput obstipum und geht genau auf Muskel- und Fascienverhältnisse am Halse ein. Aetiologisch wird hervorgehoben, dass nur Untersuchungsresultate des Muskels, wie sie kurz nach der Geburt an dem lebenden Körper oder an der Leiche festgestellt werden, die Frage sicher zu lösen vermögen, ob ein Schiefhals intrauterin entstanden oder ob er die Folge eines Geburtstraumas mit sekundärer Myositis ist. Kommt ein Schiefhals längere Zeit nach der Geburt zur Wahrnehmung, so handelt es sich wohl stets um einen während der Geburt entstandenen Muskelriss mit sekundären fibrös-myositischen Läsionen; wird ein Schiefhals kurz nach der Geburt offenbar, so wird man die intrauterine Entstehung annehmen dürfen. Therapeutisch wendet H. den Querschnitt (wie bei der Kocherschen Kropfoperation) an und hat damit eine volle Uebersicht über Platysma, Halsfascie, Sterno-Kleidomastoideus, Trapezius, Splenius, Skaleni und Levator skapulae, die er event. durchtrennen oder exstirpieren kann. Er erzielte in seinen 14 Fällen ausnahmslos prima reunio und guten Erfolg, welcher durch Pappkravatte — je nach der Schwere des Falls 3—10 Wochen getragen — gesichert wurde. Historische Bemerkungen.

Ewald-Hamburg.

51) **Roux de Brignoles** et **Gallerand.** Société de chirurgie de Marseille. 14. Febr. 1907.

Revue de chirurgie. 1907. Nr. XI, p. 661.

Torticollis musculaire chronique traité par anastomose sterno-trapézienne.



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der 14jährige Patient hatte einen angeborenen Schiefhals. Die Autoren erinnerten sich, dass die klavikulare Portion des Trapezius dieselbe Innervation und Funktion habe wie der sternokleido-mastoideus. Sie überpflanzten daher (?) die abgeschnittenen Enden des letzteren Muskels auf den Trapezius, nachdem sie vorher die Halsskoliose redressiert hatten, und immobilisierten 3 Wochen. Sie wollen eine bedeutende Besserung erreicht haben. (Was die Autoren mit ihrem sonderbaren Vorgehen bezweckten, ist nicht ganz klar.) **Ewald** - Hamburg.

52) **Eckstein.** Verein deutscher Ärzte in Prag, 21. Febr. 1908.
(Münch. med. Woch. 1908. Nr. 13. P. 704.)

Anatomische Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Halsrippen und Skoliosen.

E. hat im anatomischen Institut 35 Fälle von Halsrippe einer genauen Untersuchung unterzogen und konnte nur 2 Fälle von geringgradiger Skoliose, die keineswegs dem geforderten Symptomenkomplex entsprachen, auffinden. Zu diesen Fällen kommen noch 11 Fälle der eigenen Praxis. Nach E. besteht kein Zusammenhang zwischen Halsrippe und Skoliose. **Ewald** - Hamburg.

53) **R. Robinson,** Académie des sciences de Paris. 17. Febr. 1908.
(Gaz. des hôpitaux. 1908. Nr. 23.)

Mécanisme des variations de la taille et de quelques cyphoses. Die menschliche Gestalt wird am Tage während des Wachens, oder besser während des Aufrechtstehens um 3—5 cm. kleiner. Dies kommt durch die eigentümliche Insertion des lig. vertebrale ant. zu stande. Dasselbe setzt sich nämlich an den oberen und unteren Rand der Wirbel an, nicht aber an die Wirbelkörper und an die Zwischenwirbelscheiben. Letztere werden beim Stehen, da das hintere Vertebralband nicht nachgibt, nach vorn zusammengedrückt und quellen nach vorn vor, sodass die Wirbelkörper einander genähert werden. (Versuche an der Leiche!)

Ewald - Hamburg.

54) **Nageotte-Vilbouchewitch.** Société de pédiatrie de Paris 1907.
Archives générales de Chirurgie. 1908, 1, p. 74.

Cinq cas de scoliose hystérique chez les adolescents.

Die Diagnose der hysterischen Skoliose ist leicht, man hat nur die anderen Ursachen, die eine Kontraktur der Rückenmuskeln herbeiführen können, auszuschliessen. Gewöhnlich verschwindet die Skoliose leicht durch Suggestion. **Ewald** - Hamburg.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

55) **Nauwerk,** Medizinische Gesellschaft zu Chemnitz. 13. Nov. 1907. (Münch. med. Woch. 1908. Nr. 14. P. 766.)

Über chronische ankylosierende Wirbelsäulenversteifung.

Unter den 5000 Sektionen der letzten Jahre hat N. zwar öfter die Spondylitis deformans, jedoch nur einmal die eigentliche Wirbelsäulenversteifung beobachtet. Das Präparat, das von einem 47 jährigen Mann stammt, zeigt, dass die Gelenke zwischen den Rippen und den Wirbeln und zwischen den Wirbeln unter sich durchweg mehr oder weniger knöchern ankylosiert sind. Ebenso die Synchondrosis sacroiliaca, das Hüftgelenk und der Zahn des Epistropheus mit dem Atlas. Die Knochenform ist erhalten, ebenso der Bandapparat, die Spongiosa weist an den Wirbeln, am Becken und am Femur Lichtungsbezirke auf. Bezüglich der Entstehung schliesst sich N. der Anschauung Fränkels (arthrogene Natur des Leidens) an.

Ewald - Hamburg.

56) **Draesecke.** Wissenschaftliche Versammlung der biologischen Abteilung des ärztlichen Vereins in Hamburg. 7. April 1908.

D. demonstriert die Wirbel eines Elephanten, der lange Jahre im zoologischen Garten gelebt hat. Es fanden sich die processus spinosi des 19.—22. Wirbels in ihrer ganzen Längenausdehnung vollkommen knöchern verwachsen, sowie auch an anderen Wirbeln arthritische Veränderungen, Usuren und Proliferationen. Derartige Ex- und Synostosen sind bisher nur an der Halswirbelsäule und im lig. nuchae gefunden worden.

In der Diskussion bemerkt Simmonds, dass durch Arthritis deformans bedingte Wirbelsäulenveränderungen bei Tieren nichts seltenes seien. Er habe in Museen sehr häufig derartige Zustände beobachtet. Die Untersuchung der anderen Gelenke wäre massgebend für die Diagnose.

Ewald - Hamburg.

57) **Körner.** Aerztlicher Verein in Hamburg. 21. Januar 1908.

Osteomyelitis scapulae.

Einem 8 jährigen Jungen wurde wegen Osteomyelitis die ganze Scapula unter Erhaltung des Periosts ausgeschält. Das Resultat ist in funktioneller Beziehung ein ausgezeichnetes. Der Arm kann völlig bis zur Senkrechten erhoben werden, das Schultergelenk ist frei beweglich.

An Röntgenbildern wird die allmähliche Bildung der Knochensubstanz gezeigt. Diese war schon 4 Wochen nach der Exstirpation deutlich nachweisbar. Nach $1^1/_2$ Jahren ist eine halbwegs gute Scapula, namentlich mit gutem Gelenk, wieder vorhanden.

Ewald - Hamburg.



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

58) **Nageotte-Wilbouchewitch.** Société de pédiatrie de Paris 1907.

Archives générales de Chir. 1908, 1, p. 74.

Déviation de l'omoplate en dedans (scapulum valgum).

In diesen Fällen läuft der Margo vertebralis des einen Schulterblatts mit dem des andern nicht divergent von oben nach unten, sondern konvergent. Die Affektion ist nicht immer symmetrisch. Es handelt sich um eine Rotation des Knochens um seine anteroposteriore Axe. Die Anomalie ist von dem angeborenen Schulterblatthochstand deutlich zu unterscheiden. **Ewald**-Hamburg.

59) **Jordan.** Naturhistorisch-medizinischer Verein in Heidelberg. 3. XII. 1907.

Deutsche med. Wochenschr. 1908, 4, p. 175.

Totalexstirpation der Clavicula.

Ein 8jähriges Mädchen hatte einen über faustgrossen Tumor, der die Clavicula, erste Rippe, Scapula und Teile des sternokleidomastoideus einnahm. Entfernung aller dieser Teile, soweit der Tumor reichte. Plexus brachialis, A. und V. brachialis konnten trotz Verwachsungen erhalten werden. Gute Heilung und Funktion (7 Monate nach der Exstirpation des Rundzellensarkoms).

Diskussion: Roith hat bei einem 17jährigen Mädchen ein Cystosarkom am medialen Abschnitt der Clavicula entfernt. Gute Funktion. **Ewald**-Hamburg.

60) **Stieda.** Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg i. Pr. 9. Dez. 1907.

Deutsche med. Woch. 1908. 5, p. 221.

Gichtische Entzündung der Bursa subacromialis.

Nach der Demonstration des Falls mit Röntgenbild äussert Hoeftman in der Diskussion, dass er ganz ähnliche Bilder bei Absprengung der Tuberk. majus gesehen habe.

Lexer hat einen Fall von Gichtablagerung in der Wandung des subdeltoiden Schleimbeutels operiert. Er nahm damals wegen des entsprechenden Schattens im Röntgenbild einen freien Gelenkkörper oder eine Absprengung des Tuberk. majus an. Die Schulter wurde durch Entfernung des gichtisch veränderten Schleimbeutels vollkommen geheilt. Der Schatten im Röntgenbild entsprach genau dem von Stieda demonstrierten. Lexer macht auch noch auf ein Symptom aufmerksam, das er bei Schleimbeutelerkrankungen immer beobachtet habe: Der Arm lässt sich ohne Schmerzen nur erheben,


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wenn er vorher stark nach aussen rotiert wurde. Senken lässt er sich ebenfalls nur in dieser Stellung oder unter starker Innenrotation und Adduktion. **Ewald**-Hamburg.

61) **Bülow-Hansen.** Sehnentransplantation am Oberarme. Norsk Magazin for Laegevidenskab. Februar, M. 2. 1908.

Verhandl. der med. Gesellsch. Christiania. 18. Dez. 1907. Pag. 262.

R. Ch., 7 Jahre alt; während der Geburt angeblich eine Läsion des rechten Armes.

St. pr. Der rechte Arm in Ruhestellung proniert; die Hohlhand zeigt auswärts. Passive Supinationsversuche verhindert durch eine starke Kontraktur des M. pectoral. maj., wahrscheinlich auch M. teres major. Aktive Armbewegung bis zur Horizontalen frei. Muskelatrophie des M. supraspinat und infraspinat scheinen paralytische zu sein.

Schnittführung in der hinteren Axillarlinie und hinab bis zum oberen Abschnitte des Oberarms. M. pectoral. maj. wurde an seiner Insertionsstelle am Oberarme gelöst. Der stark kontrahierte M. teres major wurde durchschnitten. Während starker Supination des Armes wurde das Gewebe in der Axilla gegen Tuberc. maj. humeri stumpf gelöst. Die Sehne des M. pectoral. maj. wurde an die Insertionsstelle des M. supra- und infraspin. transplantiert. Hautsutur. Fixierung 6 Wochen. Resultat: Der Arm wird in natürlicher Stellung gehalten. Das Mädchen kann aktiv supinieren, so dass es jetzt die Hand zum Essen benutzen kann. Sie hebt den Arm über die Horizontale. **Reinhardt-Natvig**-Christiania.

62) **Perthes.** Medizinische Gesellschaft zu Leipzig. 3. Dez. 1907.

Münch. med. Wochenschr. 1908. Nr. 7, p. 366.

P. hat eine knöcherne Ellenbogenankylose durch Resektion und Interposition eines Teils der stehengebliebenen Synovialis in den Gelenkspalt behandelt. Erfolg: Beugung bis zu 55° aktiv, Streckung bis 130°. **Ewald**-Hamburg.

63) **Pluyette.** Société de chirurgie de Marseille. 14. Febr. 1907.

Revue de chirurgie. 1907. Nr. 11, p. 661.

Pseudarthrose de l'avant bras.

Eine Fraktur beider Vorderarmknochen gelangte nicht zur Heilung. P. machte eine Resektion der Fragmente, so dass beide Knochen ohne Dislokation aneinander standen. Gute Heilung und gute Funktion. **Ewald**-Hamburg.

Generated on 2019-06-08 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

64) **Vallas.** Société de chirurgie de Paris. 29. Januar 1908.

Revue de chirurgie 1908. 3, p. 387.

V. tritt für die Totalresektion des Handgelenks nach Verletzungen ein, wenn normale Verhältnisse sich nicht herstellen lassen, oder eine Ankylose eingetreten ist. In alten Fällen ist immer eine Totalresektion am Platze, da teilweise Entfernung von einzelnen Handwurzelknochen, etwa des luxierten Os lunatum oder des frakturierten os scaphoid. zu Misserfolgen führen, während er bei Totalresektionen bezüglich Kraft und Beweglichkeit im Handgelenk vollkommene Resultate erzielt hat.

In der Diskussion äussern Routier, Delbet und Chaput ihre gegenteilige Meinung: sie haben bei Navicularbrüchen und Lunatumverrenkungen mit der einfachen Entfernung der resp. Knochen gute Erfolge erzielt.

Lucas-Championnière hat mit Totalresektion bei vollkommener Ankylose des Handgelenks ausgezeichnete Resultate gehabt.

Ewald - Hamburg.

65) **Vallas** (Lyon). Société de Chirurgie. 29. Januar 1908.

Gazette des hôpitaux. 1908. Nr. 13, p. 156.

Traumatismes anciens du poignet.

Mit Hilfe des Röntgenbildes kann man sich immer eine richtige Vorstellung davon machen, welche Veränderungen alte Frakturen im Handgelenk herbeigeführt haben. Nach seinen Erfahrungen haben partielle Resektionen keine guten Resultate. Dagegen kann V. 6 Fälle aufführen, in denen er das os naviculare total exstirpiert hat und mit gutem Erfolge.

Ewald - Hamburg.

66) **Peltesohn.** Berliner medizinische Gesellschaft. 8. I. 1908.

Münch. med. Wochenschr. 1908, 2, p. 98.

Fraktur des os naviculare carpi.

Diese Diagnose konnte früher nur mit Wahrscheinlichkeit gestellt werden, meist begnügte man sich mit der Annahme einer Distorsio manus. Seit Röntgen ist eine grosse Zahl der Verletzungen schon bekannt. Im demonstrierten Fall handelt es sich um einen Chauffeur, der beim Ankurbeln die Verletzung davontrug. Gewöhnlich treten hierbei bekanntlich Radiusfrakturen auf. Demonstration des Röntgenbildes.

Ewald - Hamburg.



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

67) **Hilgenreiner.** Wissenschaftliche Gesellschaft deutscher Aerzte in Böhmen. 4. Dez. 1907.

Münch. med. Wochenschr. 1908, 3, p. 148.

Neues zur Hyperphalangie des Daumens.

6 Fälle von Dreigliedrigkeit des Daumens beim Lebenden (5 Demonstrationen, und zwar Grossmutter, Mutter und 3 Kinder einer Familie). Es besteht vollständige oder unvollständige Dreigliedrigkeit des Daumenskeletts. Oder die Hyperphalangie ist nur durch eine doppelte Gelenkfalte an der Beugeseite des rechten Daumens angedeutet. Diese Falte ist nach H. für die Fälle von Hyperphalangie geradezu charakteristisch.

Bei einem 20 Monate alten Mädchen bestehen an der rechten Hand seit der Geburt zwei dreigliedrige Daumen mit gemeinsamem Metakarpus, während sich am einfachen linken Daumen erst post partum die Zeichen der Dreigliedrigkeit entwickelten, gleichzeitig mit dem Auftreten eines überzähligen Epiphysenkerns zwischen Grund- und Endphalanx. **Ewald**-Hamburg.

68) **Preiser.** Aerztlicher Verein in Hamburg. 10. Dezbr. 1907.

Münch med. Wochenschr. Nr. 52, p. 2617.

P. demonstriert 2 Patientinnen mit Fingerfrakturen. Man muss unterscheiden zwischen solchen der Mittel- und Endglieder und solchen der Grundphalangen. Erstere können in Streckstellung verbunden werden. Die Grundgliederbrüche jedoch über einer festgewickelten Watterolle in Beugung, da sich das proximale Fragment durch die Interosseus-Wirkung in Beugung stellt und beim Verband in gestreckter Stellung zu winkliger Ausheilung führt. Eine der beiden Patientinnen hatte noch vier Monate später Bewegungsbeschränkungen, während die in Beugestellung verheilte Fraktur des Grundglieds bereits nach 3 Wochen zur völligen Arbeitsfähigkeit ausgeheilt war. **Ewald**-Hamburg.

69) **Milian** u. **Crépin.** Société médicale des hôpitaux. 10. Jan. 1908.

Gazette des hôpitaux. 1908. Nr. 5, p. 53.

La camptodaktylie, tuberculose scléreuse des tendons.

Kamptodaktylie nennen die Verf. eine dauernde Inflexion eines oder mehrerer Finger, hervorgerufen durch die Retraktion der Beugesehne. Sie hat eine grosse Aehnlichkeit mit den fibrösen extraartikulären Läsionen beim tuberkulösen Rheumatismus (?). Klinisch hat sie den Charakter der Retraktion der Palmaraponeurose, die ja heute von einigen Autoren ebenfalls als tuberkulösen



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ursprungs angesprochen wird (?). Bei 100 Fällen war Lungen-, Drüsen- oder Knochentuberkulose 94 Mal sicher nachgewiesen, 4 Mal wahrscheinlich. Sie ist also nach den Vortr. ein gutes diagnostisches Hilfsmittel und prognostisch insofern verwertbar, als sie nur bei den sklerösen Formen der Tuberkulose mit langsamem Verlauf vorkommt. **Ewald**-Hamburg.

70) **Villemin.** Société de pédiatrie de Paris 1907.

Archives générales de chir. 1908, 1, p. 74.

Coxa vara rachitique bei zwei Zwillingsschwestern. Der Schenkelhalswinkel beträgt 90 Grad. Charakteristische klinische Symptome. **Ewald**-Hamburg.

71) **Preiser.** Aerztlicher Verein Hamburg. (Biologische Abteilung). 10. III. 1908.

P. spricht im Anschluss an einen Fall über die Coxa valga als Vorstufe der angeborenen Hüftverrenkung. Es handelt sich um einen 10jährigen Jungen, der erst mit 2 Jahren laufen gelernt hat, vorher immer gekrochen ist. Röntgenbilder ergeben, dass der Schenkelhalswinkel je nach der Rotationsstellung des Beins in seiner Grösse wechselt — Pr. macht dabei auf die Irrtümer aufmerksam, die dem Beobachter unterlaufen können und tatsächlich schon passiert sind. In seinem Falle betrug der Schenkelhalswinkel 160° und dies in solch einer Stellung, dass auf dem Bilde auch der Trochanter minor zu sehen war. Es lag also neben der Erhöhung des Winkels noch eine starke Anteversion vor, und Preiser ist geneigt, grade darin das Wesen der Coxa valga zu sehen. Weiter bemerkt er, dass die Coxa valga fast ständig bei der Lux. coxae cong. beobachtet wird und somit, wenn sie ohne Luxation beobachtet wird — angeboren sehr selten! — eine Vorstufe der Verrenkung darstelle. Diese Ansicht sucht Pr. durch die Pfannenstellung, wie sie sich durch den Vergleich der Distantia cristarum und spinarum fesstellen lässt, und durch mechanische Momente, wie sie im 2.—3. Foetalmonat im raumbeengten Uterus statthaben, zu begründen. Auf Einzelheiten kann im Referat nicht eingegangen werden. **Ewald**-Hamburg.

72) **Vignard.** Société de chirurgie de Lyon. 16. Jan. 1908.

Revue de chirurgie 1908. 2. P. 265.

V. stellt einen Jungen vor, der seit 7 Jahren an einer doppelseitigen Coxitis litt, die beiderseits zur Luxation der Hüfte führte.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Beide Beine standen in der Hüfte gebeugt und so stark adduziert, dass die Kniee sich ständig berührten. Das Gehen war unmöglich. Nachdem die Adduktorentenotomie sich als resultatlos erwiesen, wurde die subtrochantere Osteotomie auf der einen Seite, nach 4 Monaten auch auf der anderen Seite gemacht. Der Knabe kann jetzt leidlich gehen. In der Diskussion bemerkt Gangolphe, dass bei fehlerhafter Stellung in der Hüfte immer die Osteotomie gemacht werden sollte, gleichgültig ob eine Ankylose vorliegt oder nicht. **Ewald**-Hamburg.

73) **Lannelongue.** Académie de médecine. Dez. 1907.

Deutsche mediz. Wochenschr. 1908. Nr. 8, p. 389.

L. spricht über die Behandlung der beginnenden tuberkulösen Coxitis und nimmt Calot gegenüber das Prioritätsrecht in Anspruch. Folgende 2 Regeln werden aufgestellt. 1) Horizontale Ruhe und Extension am kranken Bein. Gipsverbände sind zu verwerfen, denn sie verbessern im allgemeinen die fehlerhafte Haltung nicht (?), beeinträchtigen aber die Bewegungsfähigkeit im Gelenk, die durch sie sogar verloren gehen kann. 2) sind intraartikuläre Injektionen mit Jodoform-Aether-Kreosotpräparaten vorzunehmen. Der Aether trägt das Mittel überall hin, das Jodoform hemmt die Wirkungen des Bazillus, wenn es ihn auch nicht töten kann, und das Kreosot wirkt sklerosierend. **Ewald**-Hamburg.

74) **Ch. Nélaton.** Académie de médecine. Nov. 1907.

Archives générales de chirurgie. 1908, 1, p. 56.

Un nouveau procédé de traitement de la hanche à ressort.

Nach einem Fall bekam ein junger Mann eine schnellende Hüfte. Beim Gehen sprang mit einem dumpfen Schnappen und lebhaften Schmerzen der Kopf plötzlich aus der Pfanne, das Bein stand in Streckstellung und Innenrotation. Nach einigen Augenblicken ging der Kopf wieder allein zurück. Eine dreimonatige Immobilisation hatte keinen Erfolg. Um die Innenrotation unmöglich zu machen, führte N. folgende Operation aus: Er spaltete vom oberen Ende des musc. semitendinosus ein 25 cm langes Stück ab, so dass dieses mit dem tub. ischii noch in Zusammenhang blieb. Dann wurde es unter dem glutaeus max. weg zum grossen Trochanter geführt, der durchbohrt wurde, um im Kanal den semitendinosus aufzunehmen, und zwar so, dass die Spannung desselben zwar einer Beugung des Oberschenkels nicht hinderlich, aber eine Innenrotation verhinderte. Gutes Resultat. **Ewald**-Hamburg.



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

75) **Trömner.** Aerztlicher Verein Hamburg. 17. III. 1908.
Hamb. ärztl. Korrespondenz 1908. Nr. 12.

T. stellt eine periphere Cruralislähmung durch Leistenquetschung und Sitzbeinbruch vor: Quadricepslähmung, Hypaesthesie im Bereich des cutaneus fem. int., Parese der Hüftmuskulatur und der Wade. Das Röntgenbild zeigt Fraktur des aufsteigenden Sitzbeinastes.

Ferner wird ein 41jähr. Schauermann mit Cruralis lähmung nach Caudaequinaläsion vorgestellt. Durch Fall in den Schiffsraum auf das Kreuz wurde der II. Lendenwirbel verletzt. Als Dauerfolgen sind geblieben: Völlige Lähmung im r. Cruralisgebiet, Parese der Wadenmuskeln, Fehlen des Analreflexes. **Ewald**-Hamburg.

76) **Lauenstein.** Ärztlicher Verein in Hamburg 1. IV. 08.

L. stellt einen 17 jährigen Stewart vor, der sich in Folge Ausgleitens eine Luxation der Patella nach aussen zugezogen hatte. Die Anamnese ergab, dass seit dem 11 ten Lebensjahre diese Luxation bereits 12 mal stattgefunden hatte. Da zugleich ein freier Gelenkkörper angenommen wurde, so nahm L. bei der Eröffnung des Gelenks eine Verengerung der Gelenkkapsel durch Exzision eines Myrthenblattförmigen Stückes vor. Es trat jedoch kurz danach eine Reluxation der Patella ein, weshalb L. eine operative Verlagerung der Insertion des Lig. patellae nach der medialen Seite zu vornahm. Eine Luxation ist bis jetzt nicht wieder eingetreten.
Ottendorff-Hamburg-Altona.

77) **M. Rochard.** Société de Chirurgie (Paris). 11. Dez. 1907.
Revue de chir. 1908, Nr. 1, p. 98.

Behandlung des Hämarthros genu mit Punktion und sofortiger Mobilisation.

Die 15 Fälle wurden in 8—20 Tagen vollkommen geheilt. Die Bewegungen waren nur bei den ersten Malen schmerzhaft. Zu den Bewegungen kamen bald Widerstandsübungen mittels einfacher Apparate (Gewichte und Rolle).

Berger kann die guten Resultate des Vortragenden bestätigen.
Ewald-Hamburg.

78) **Tavel,** Sitzung des medizinisch-pharmazeutischen Bezirksvereins Bern v. 20. XI. 1906,
Korrespondenzblatt f. Schweizer Aerzte. 1907. Nr. 5.

demonstriert ein Röntgenogramm einer Knieresektion, nach einem neuen Verfahren gefestigt. Erste Resektion vor drei


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Jahren, bei der ein Schlottergelenk resultierte. Vor einem Jahre zweite Resektion mit Einlage eines Elfenbeinstifts, der partiell resorbiert wurde, was wieder ein Schlottergelenk zur Folge hatte. Nun führte Tavel bei der dritten Resektion einen in einer kupfernen Hülse gleitenden Stift ein, die Hülse in das Femur, den Stift in die Tibia.

Resultat: prima intentio und gute knöcherne Festigung der beiden Sägeflächen. **Schulthess**-Zürich.

79) **M. Lapeyre** (Tours). Société de Chirurgie (Paris) 20. XI. 1907.
Revue de chir. 1908, 1, p. 97.

Réconstitution des deux tiers inférieurs du tibia après nécrose par ostéomyélite.

Bei einem 5-jährigen Kinde war durch Osteomyelitis die ganze Tibia mit Ausnahme der oberen Epiphyse zerstört. Es wurde zunächst nur der Abszess eröffnet, nach 2 Monaten der Sequester entfernt. Es blieb nur der weiche Periostschlauch. Nach weiteren 7 Monaten, in denen das Bein immobilisiert war, war die Tibia regeneriert, aber dicht oberhalb der Tuberositas beträchtlich verkrümmt.

Broca meint, man solle die Sequestrotomie erst 3—4 Monate nach der Erkrankung machen; dann hätte sich der Sequester vollkommen abgestossen, und das Periost hätte Zeit gehabt, in der gehörigen Breite und Länge neue Knochen zu bilden.

Ewald-Hamburg.

80) **Delore.** Société de chirurgie de Lyon. 23. Jan. 1908.
Rev. de chir. 1908. 3, p. 394.

D. zeigt eine neue Prothese nach Amputation im Unterschenkel. Der Apparat stützt sich auf die Tibiakondylen, und im künstlichen Sprunggelenk sind nicht nur Beuge- und Streck- sondern auch seitliche Bewegungen möglich. Dadurch wird der Gang weniger steif und weniger beschwerlich. Die Prothese kann aber nur zur Anwendung kommen, wenn der Unterschenkelstumpf mindestens 18 ctm. lang und gut ernährt ist. Dann aber ermöglicht er lange Märsche, Radfahren u. s. w. **Ewald**-Hamburg.

81) **Höring.** Aerztlicher Verein in Stuttgart. 17. Nov. 1907.
Deutsche med. Woch. 1908. Nr. 4.

Tendinitis ossificans traumatica.

56jähriger Mann erlitt vor 4 Wochen einen Unfall dadurch, dass ihm ein schwerer Schreibtisch gegen die Achillessehne fiel. Es bildete sich in der Sehne ein Tumor, der, wie das Röntgenbild und die spätere operative Entfernung zeigte, aus regulärer Knochen-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

substanz bestand. Nach Analogie der Myositis ossificans traumatica erscheint es gestattet, die Neubildung als Tendinitis ossificans traumatica zu bezeichnen. **Ewald**-Hamburg.

82) **Gangolphe.** Société de Chirurgie. 5. Dez. 1907.
Revue de chirurgie. 1908. Nr. 1, p. 101.

Claudication intermittente.

Ein 44 jähriger Mann, der Syphilis durchgemacht hatte, bekam in der rechten Wade und der Tibia heftige Schmerzen, sobald er etwa 500 Meter gegangen war. Nach einigen Augenblicken waren dieselben wieder verschwunden. Massage, Elektrizität und Kompression mit Gummistrumpf brachten keine Besserung.

Da der Puls von der Mitte des Oberschenkels an fehlte, dachte G. an eine Endarteriitis specifica und verordnete eine Schmierkur. In kurzer Zeit waren die Schmerzen völlig verschwunden.

Aubert hat das intermittierende Hinken häufig bei Pferden gesehen, auch hier ist es Folge irgend einer Infektion, nach Condamin eine Arthritis.

Gangolphe und Villard haben ähnliche Beobachtungen nach Typhus gemacht. **Ewald**-Hamburg.

83) **Cavaillou.** Société de Chirurgie de Lyon. 21. Nov. 1907.
Revue de chir. 1908. I, p. 100.

Résultats comparés des amputations du pied.

Einem 40-jährigen Manne waren vor 10 Jahren beide Füsse erfroren, weshalb auf der einen Seite eine Amputation nach Pirogoff, auf der anderen eine Amputation mit Erhaltung des Talus gemacht wurde. Bei letzterem war die Funktion des Stumpfes ausgezeichnet; auf der anderen Seite (Pirogoff) trat 6 Jahr nach der Operation ein Mal perforant am Stumpf ein, weshalb der Unterschenkel halb amputiert wurde. C. empfiehlt die Amputation mit Erhaltung des Talus, weil man so einen beweglichen Stumpf bekommt. **Ewald**-Hamburg.

84) **Borchardt.** Berliner mediz. Gesellschaft. 29. I. 1908.
Deutsche med. Wochenschr. 1908. Nr. 7. p. 307.

Exstirpation des Talus wegen eines Sarkom.

Bei dem 24 jährigen Patienten war vor 7 Jahren das rechte Fussgelenk erkrankt. Es wurde Tuberkulose angenommen. B. stellte 2 Jahre später durch Röntgenaufnahme einen Tumor fest, weshalb er den Talus exstirpierte. Ein Rezidiv ist nicht aufgetreten, die Funktion von der der anderen Seite nicht zu unterscheiden.

Ewald-Hamburg.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Inhalt: Hübscher, Die Arthrodese der Patella. (Originalmitteilung.)

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. II. **August 1908.** **Heft 8.**

Zur Behandlung der Pseudohypertrophia musculorum.

Von

FERD. BÄHR
in Hannover.

Es ist nicht gerade häufig, dass Fälle von Pseudohypertrophia musculorum zur Beobachtung des Orthopäden kommen. Auch die hierfür in Betracht kommende Literatur enthält nicht viel davon, so erwähnt Kleen in seinem Handbuch der Massage einen Fall: „So lange der Patient diese Behandlung (s. Massage) erfuhr, wurde das Leistungsvermögen der degenerierten Muskelgruppen deutlich gehoben, um sofort nach Schluss der Behandlung wieder zu sinken.“ Einen anderen Fall, dessen Beobachtung sich über 16 Jahre erstreckt, erwähnt Wide: Der Patient fand sich bei schlechterem Befinden wiederholt zur Behandlung ein und wurde gebessert.

Die meisten Autoren (ich erwähne vor allem Gowers) haben von anderer Behandlung wenig Erfolg gesehen. Gowers sagt: „Uebung der Muskeln scheint einigen Einfluss auf die Verlangsamung der Krankheit zu haben. Sie kann vielleicht das Wachstum heben oder die Fähigkeit sich zu kontrahieren in den noch erhaltenen, nicht erkrankten Muskelfasern erhöhen. Das Unterlassen der Muskelübungen bewirkt jedenfalls ein schnelleres Nachlassen der Kräfte. Daher ist es wünschenswert, dass die Kranken vorsichtig geleitete gymnastische


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:11 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Uebungen ausführen, die so eingerichtet werden, dass die am meisten hilfsbedürftigen Muskeln in Tätigkeit versetzt werden.“

Der Knabe L., 8 Jahre alt, kam im November 1907 in meine Beobachtung. Er hat Masern, Diphtheritis, auch etwas Rachitis durchgemacht. Im Uebrigen ist die Anamnese, auch die weitere Familienanamnese negativ. Wann eigentlich das Leiden eingesetzt hat, ist nicht genau bekannt. Aber seit langem schon war bei dem Kinde eine gewisse Unbeholfenheit, namentlich beim Treppensteigen aufgefallen.

Sofort auffallend sind die starken Waden, die Schwerfälligkeit beim Aufrichten, wenn der Junge den Körper auf den Unterschenkel heben will. Nach dem Auskleiden fällt das starke Missverhältnis zwischen Waden- und Oberschenkelmuskulatur auf, besonders die Extensoren der letzteren und hier wieder ganz besonders die Vasti, die ja auffallender Weise an der Atrophie des Quadrizeps immer den Hauptanteil haben, sind sehr dürftig. Das gleiche gilt für die Muskulatur des Rückens, der Schulterblätter. Die letzteren sinken nach vorne, stehen unten ab. Am Arm beschränkt sich die Atrophie noch auf den Deltamuskel. Der Gang ist leicht watschelnd. Die atrophischen Muskeln zeigen ausgesprochene Verminderung der Konsistenz. Erwähnt sei, dass der Junge neurologisch untersucht ist, und wie ich nachher hörte, die Diagnose ausser Zweifel steht.

Es wurde vorsichtige, leichte Gymnastik verordnet, in der Hauptsache mit möglichster Beschränkung auf die atrophischen Muskeln, daneben leichte schonende Massage eben dieser Muskeln. Beiläufig wurde die Beschränkung von Fettbildnern in der Nahrung empfohlen.

Der Erfolg ist der: Der Junge ist kräftiger geworden. Der Gang hat den watschelnden Charakter verloren. Das Treppensteigen geht leichter. Objektiv ist insbesondere eine Volumszunahme des Quadrizeps nebst vermehrter Konsistenz der atrophischen Muskulatur zu verzeichnen. Die Besserung findet in den Angaben der Eltern ebenfalls eine Bestätigung.

Ich gebe gerne zu, dass die Beobachtungszeit für die Art der Erkrankung eine relativ kurze ist, indes hat mich der offenkundige Fortschritt so frappiert, dass ich glaubte, an dieser Stelle für diese Behandlung der Pseudohypertrophie ein Wort reden zu müssen, zumal wo wir in der Therapie nichts Besseres haben und damit vielleicht doch den trostlosen Ausgang der Krankheit hinauszögern können.



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Grashey (München). **Atlas chirurgisch-pathologischer Röntgenbilder.**

Mit 240 autotypischen, 105 photographischen Bildern, 66 Skizzen und erläuterndem Text. Lehmanns Mediz. Atlanten, Band 6. J. F. Lehmann. München 1908. Preis 22 Mark.

Dass Verf. seinem im gleichen Verlag erschienenen Normalatlas nun einen pathologischen angereiht hat, dafür wird ihm jeder aufrichtig dankbar sein, der sich in die Deutung der Röntgenbilder einarbeiten will.

Der erste Teil des meisterlich durchgearbeiteten Werkes bringt einen zusammenfassenden Text, der sich mit der Röntgenuntersuchung und ihrer praktischen Verwertung für Diagnose und Therapie beschäftigt bei: Fremdkörpern, Konkrementen, Knochenerkrankungen, Krankheiten der Gelenke, Deformitäten, Tumoren, pathologischen Weichteilveränderungen, Luxationen, Frakturen.

Der zweite Teil bringt nach den gleichen Gesichtspunkten geordnete Röntgenogramme in Autotypie, der dritte Teil desgleichen in Photographie. Ein kurzer Auszug der betreffenden Krankengeschichten und Hinweise auf die Besonderheiten der Bilder sind jeder Tafel gegenübergestellt.

Die Auswahl der Platten, ihre Erläuterung und ihre Wiedergabe ist gleich vorzüglich.

Eine gewaltige Summe von Arbeit liegt dem prächtigen Werk zu Grunde. Sie wird belohnt werden durch den bewundernden und uneingeschränkten Dank aller Fachgenossen gegenüber dessen Verfasser wie auch dem Verlag, der für die Ausstattung grosse Opfer gebracht hat.

Vulpius-Heidelberg.

Schanz (Dresden). **Ueber Krüppelnot und Krüppelhilfe.**

Dresden 1908. Zahn und Jaensch.

Die kleine Schrift berücksichtigt zwar im Besonderen die Verhältnisse der Krüppelfürsorge in Sachsen, wie auch ihr Ertr.gnis für das sächsische Krüppelheim Königin Carola-Stiftung bestimmt ist.

Die erste Hälfte der Broschüre aber orientiert in vortrefflicher Weise über die allgemeinen Fragen hinsichtlich des Krüppelelendes und der Fürsorge.

Das Krüppelelend wird analysiert, es resultiert aus: Dem körperlichen Gebrechen, der Behinderung der Schul- und gewerblichen Ausbildung und damit der Erwerbstätigkeit, drittens aus den psychischen Schädigungen.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Das körperliche Leiden zu beheben ist Sache der Orthopädie, die hier ein dankbares Gebiet sozialer Mitarbeit gefunden hat. Ausbildung und eventuell Versorgung findet der Krüppel im Heim.

Es ist angezeigt, orthopädische Klinik und Schule organisch unter dem Dach des Krüppelheimes zu vereinigen. Selbständig bestehen kann dagegen das Versorgungsheim für dauernd unselbständige Krüppel.

Die Krüppelheime können nur an der Peripherie von Grossstädten und in Universitätsstädten errichtet werden, Zentralisation ist für gedeihliche Entwicklung nötig. Das Krüppelheim soll zugleich Lehrstätte sein, um den angehenden Arzt mit der Verhütung und Behandlung des Krüppeltums bekannt zu machen.

Die staatliche Krüppelfürsorge hält Verf. für die erstrebenswerte Lösung.

Jedem, der Interesse für die Krüppelfürsorge hat oder sich erwerben möchte, sei das kleine Büchlein warm empfohlen.

Vulpius-Heidelberg.

Erster Rechenschaftsbericht über die Berlin-Brandenburgische Krüppel-Heil- und Erziehungsanstalt für 1906—1907.

Der Bericht gibt eine gute Uebersicht von dem energischen Schaffen des Krüppel-Heil- und Fürsorge-Vereins für Berlin-Brandenburg, um mit rein privaten Mitteln zur Linderung des Krüppelelends beizutragen. Vom 1. XI. 06 bis 31. X. 07 konnten 50 Kinder aufgenommen werden. In dem neuen Heim des Vereins wirkt der Arzt neben dem Pädagogen; neben der körperlichen wird auch die geistige, individualisierende Ausbildung gefördert, um die Pfleglinge in den Stand zu setzen, sich selbst später zu ernähren. Andererseits werden auch solche Krüppel verpflegt, bei denen prognostisch keine Besserung zu erwarten ist. Neben der stationären ist auch eine ambulante Behandlung eingeführt.

Zur Behandlung kamen: Wirbelsäulenverbiegung, Wirbelsäulentuberkulose, spinale und cerebrale Kinderlähmung, angeborene Gliederstarre, fortschreitender Muskelschwund, Knochenverkrümmungen nach Rhachitis, rhachitische Verbiegung des Schenkelhalses, angeborene Hüftgelenksverrenkung, angeborene Kniegelenksverrenkung, X-Beine, Kniegelenksversteifung, hochgradiger Plattfuss, Lähmungsspitzfuss.

Meyer-Heidelberg.

Raydt. Spielnachmittage.

2. vermehrte Auflage. Leipzig 1907. B. G. Teubner. Mk. 2.—.

Verf. tritt warm für die obligatorische Einführung der Spielnachmittage in allen Schulen ein, wie es vom Zentralausschuss der


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Volks- und Jugendspiele in Deutschland erstrebt wird. Auf Grund seiner reichen Erfahrung als Geschäftsführer des Zentralausschusses gibt Verf. passende Ratschläge, um die Schwierigkeiten, die den Vorschlägen entgegenstehen, zu überwinden, z. B. sind den Spielplätzen, der Spielaufsicht, den Leibesübungen an den Spielnachmittagen besondere Kapitel gewidmet. Ferner berichtet der Verf. über die Erfolge der Einrichtung der Jugendspiele in Braunschweig und Württemberg. Allen, die sich für die Förderung der Jugendspiele und damit der Gesundheit der Jugend interessieren, sei das Buch von Raydt empfohlen. **Meyer**-Heidelberg.

1) **A. Schanz.** Orthopädie und Universität.
Wiener med. Presse. Nr. 11.

Dem Artikel seien folgende Leitsätze entnommen: Die erste Aufgabe der Universität ist die des Studentenunterrichtes. Das gilt auch für die Orthopädie. Die Universität muss dem Studenten der Medizin von der Orthopädie soviel mitgeben, als er in seiner späteren Praxis braucht. Richtet man an den chirurgischen Kliniken noch eine orthopädische Abteilung mit einem Uebungssaal und einer Werkstätte ein, so gewinnt man auch Mittel, an denen der Student sich einüben kann, was er später in der Praxis allenfalls von der orthopädischen Therapie auszuführen vermag. Der Studentenunterricht ist also an den chirurgischen Kliniken mit orthopädischen Abteilungen in vollständig genügender Weise zu erteilen.

Anders wird aber nun das Gesicht, wenn wir von der Universität nicht nur den Studentenunterricht verlangen, sondern fordern, dass die Universität Förderin der ärztlichen Wissenschaft und Kunst auch auf dem Gebiete der Orthopädie sei. In diesem Falle wird nichts übrig bleiben, als Männer heranzuziehen, welche sich ganz der Orthopädie ergeben haben, und eigene Anstalten zu gründen. Diese hätten nicht so sehr für den Studentenunterricht aufzukommen, als den praktizierenden Aerzten Gelegenheit zu geben, sich die Kenntnisse und Fertigkeiten anzueignen, zu deren Erlernung sie während der Studienzeit nicht Gelegenheit hatten. Ein wichtiger Interessent für die Eröffnung auf der Höhe stehender Lehrstätten für Orthopädie ist weiter die Krüppelfürsorge. Diese braucht Aerzte, welche die Orthopädie durch und durch beherrschen. Zu deren Ausbildung brauchen wir aber Bildungsstätten. Wo sollen die anders gewonnen werden, als an der Universität? An einer grossen Universität ist Platz und Material für die selbständige Anstalt und für orthopädische Abteilungen an chirurgischen Kliniken.



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Setzt man sich an der einen Stelle mehr den Studentenunterricht als Ziel, an der anderen die übrigen Aufgaben, so können sich beide erfolgreich betätigen, ohne sich gegenseitig ins Gehege kommen zu müssen.

Spitzy-Graz.

2) **M. Bilhaut** (Paris). Bonne année.

Ann. de chir. et d'orthop. 1908, 1. p. 1.

B. hofft von dem wissenschaftlichen Fortschritt auf dem Gebiete der Chirurgie und Orthopädie für das Jahr 1908 mehr als von dem wenig gewinnbringenden 1907. Mit Bezug auf die Orthopädie hält er den Wert der Injektionen beim Tumor albus für nicht erwiesen und zweifelt sogar, ob diese ganz gefahrlos sind. Er glaubt eine Fixation oder Extension habe denselben Erfolg; am liebsten geht er operativ vor und entfernt alles Kranke.

Ewald-Hamburg.

3) **Schleich.** Ueber die Entwicklung der allgemeinen und lokalen Anästhesie.

Zeitschr. f. ärztl. Fortb. 1908. Nr. 1.

Sch. ist der Ansicht, dass es die höchste Zeit ist, wenn der praktische Arzt, in dessen Händen immer noch die bequeme Esmarchsche Maske und die kleine braune Chloroformflasche die Hauptrolle spielen, endlich einmal einen Schritt vorwärts tut, da das Chloroform ohne Zusatz, also unbedingt rein, das toxischste Präparat zur Narkose ist. Er empfiehlt dringend sein Siedegemisch, dessen Vorteile er anführt, und kommt dann auf die lokale Anästhesie zu sprechen, die deshalb die idealere Methode ist, weil sie im Prinzip sich begnügt, nur gerade so viel an Schmerzlosigkeit zu leisten, als es für den vorliegenden Eingriff unbedingt erforderlich ist. Er führt dann einige gemeinsame Grundprinzipien der Technik dieser Methode an und wendet sich schliesslich der Lumbalanästhesie zu, die seiner festen Ueberzeugung nach nicht nur niemals aus dem Rüstzeug des Arztes verschwinden, sondern die von Jahr zu Jahr mehr Allgemeingut der Operateure werden wird. Alle drei Verfahren sollen angewandt werden, und keins soll etwa das andere verdrängen; alle drei sind ebenbürtig, jedes in dem grossen und schwer übersehbaren Kreis seiner speziellen Domaine.

Blencke-Magdeburg.

4) **Coderque.** Valor diagnóstico de la oftalmo-reacción por la tuberculina.

Rev. de Medic. y Cir. pract. de Madrid v. 7. u. 14. I. 1908.

In ziemlich ausführlicher Weise wird zunächst die frühere



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verwendungsart des Tuberkulins, deren Vorteile und Nachteile besprochen. Dann folgt an der Hand der gesamten bisher hierüber erschienenen Literatur eine Kritik der neuesten Methoden der Tuberkulinanwendung, insbesondere der Ophthalmoreaktion. C. selbst bringt 20 Fälle bei, in denen er die letztere Methode angewandt hat. Er betrachtet die Reaktion als sehr nützliches diagnostisches Hilfsmittel, nicht nur für Lungentuberkulose, sondern auch für sonstige tuberk. Prozesse, ohne ihr absoluten Wert zuzusprechen. Prognostischen Wert hat die Methode garnicht. — Sowohl bei Kindern wie bei Erwachsenen soll eine Tuberkulinlösung von 1:200 zur Verwendung kommen. — Bei bestehenden Erkrankungen des Bulbus, sowie in hohem Alter ist das Verfahren kontraindiziert.

Stein-Wiesbaden.

5) **Sebauer.** Ueber die Bedeutung der Kalksalze für das wachsende Tier.

Dissert. Giessen 1907.

Auf Grund seiner Versuche, die er sowohl bei Pflanzen- wie auch bei Fleischfressern gemacht hat, ist er zu folgenden Schlusssätzen gekommen: Der Gesamtkörper und das Gesamtwachstum werden bei jungen Tieren durch Kalkmangel der Nahrung nicht in nennenswerter Weise geschädigt, sondern die Schädigungen betreffen fast ganz ausschliesslich das Knochensystem, das in klinischer und pathologisch-anatomischer Beziehung Veränderungen zeigt, die denen bei der Rachitis zum mindesten ganz ähnlich sind. Die chemische Untersuchung der einzelnen Knochen hat gezeigt, dass diese an Gewicht denen eines entsprechenden Normaltieres gleichkommen, dagegen reicher an Wasser und ärmer an Trockensubstanz sind, und dass die Trockensubstanz ihrerseits wiederum ärmer an Mineralstoffen ist. Der Kalkgehalt der Asche des Knochens ist nur unwesentlich gegen die Norm vermindert. Es hat sich also ein wasserreicherer Knochen gebildet, dessen organische Grundsubstanz ungenügend verkalkt ist.

Blencke-Magdeburg.

6) E. S. **Geist** (Minneapolis). Chondrodystrophia foetalis.

Americ. journ. of orthop. surg. 1907, 2, p. 240.

Nach Untersuchungen, die Basch (1906) an Hunden vorgenommen hat (Thymusexstirpation), scheint die Erkrankung der Knochen, namentlich die Wachstumshemmung und mangelhafte Ossifikation der langen Röhrenknochen bedingt zu sein durch eine foetale Erkrankung der Thymusdrüse.


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ausser prämaturen Synostosen der Schädelknochen findet man die Knochen der Extremitäten stark verkürzt, verdickt und inkurviert. An den Epiphysen ist jedoch die Hauptanomalie zu konstatieren (Barlow). Die Knorpelzellen der Epiphysenlinie sind an Zahl, Grösse und Anordnung unregelmässig, und zwischen Epiphyse und Diaphyse findet sich eine fibröse, periostähnliche Schicht. Als Behandlung wird die Darreichung von Thymusdrüsenpräparaten empfohlen oder noch besser die Transplantation einer Thymus vom Tier auf den Neugeborenen.

Der mitgeteilte Fall betrifft ein 14 monatiges Mädchen. Ihr Rumpf ist von normaler Länge, Arme und Beine dagegen sind enorm kurz, z. B. ist der Humerus kürzer als die Clavicula, die Finger haben alle die gleiche Länge und sind kegelförmig gestaltet. Die genauen Längen- und Umfangsmasse, verglichen mit denen eines normalen, gleichaltrigen Kindes, zeigen beträchtliche Differenzen.

Ewald - Hamburg.

7) **J. Brudzinski.** Ueber die kontralateralen Reflexe an den unteren Extremitäten der Kinder.

Wiener klin. Wochenschr. 1908. Nr. 8.

Das neugeborene Kind führt vorwiegend symmetrische Bewegungen und Reflexe aus, sogar zur Zeit, wenn die ersten willkürlichen Bewegungen zustande kommen, tritt auch diese bilaterale Symmetrie in vollem Umfange auf. Diese motorische Bilateralität verschwindet allmählich. Aber es kommen seltene Fälle vor, in denen diese primären Eigenschaften des Organismus sogar bei völlig normalen Individuen während des ganzen Lebens erhalten bleiben.

Die subkortikalen Zentren für jede untere Extremität sind (beim Menschen) bilateral, für die obere Extremität unilateral. (Monakow.)

Wertheim und Lepage haben im Tierversuch auch für die obere Extremität kortikomotorische Zentren in beiden Hemisphären nachgewiesen, also auch bei lateraler Innervation und vermuten daher, dass beim Säugling noch analoge Verhältnisse bestehen. Die Theorien über das Entstehen der kontralateralen Mitbewegungen nehmen eine in der Regel auftretende Sistierung der Entwicklung der bilateralen Reflexbahnen für die obere Extremität an und erklären diese durch Uebungsmangel (Müller) oder durch Hemmung (Westphal). Lewandowsky erklärt in Uebereinstimmung mit diesen Autoren die Mitbewegungen durch eine pathologische Ausbildung von dauernden Verbindungen. Die sehr seltenen Fälle von


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mitbewegungen an sonst völlig gesunden Erwachsenen sprechen keineswegs dagegen.

Mitbewegungen können auch auftreten bei passiven Bewegungen der einen Extremität und bei elektrischer Reizung. Verfasser beobachtete dieses Symptom u. a. an hemiplegischen Kindern. Er unterscheidet identische und reziproke Mitbewegungen und beobachtete beide sogar an einem Individuum in verschiedenen Krankheitsstadien. Er machte seine Beobachtungen zuerst an Kindern mit mangelhafter Allgemeinentwickelung, nie bei einfach Rachitischen. Er glaubt, dass es sich bei normalen Kindern, die er in grosser Zahl von den ersten Lebenswochen an beobachtete, nur um gepaarte Bewegungen handelt, nicht um echte Mitbewegungen.

Der kontralaterale Reflex (Mitbewegung der anderen Extremität bei passiver Bewegung der einen), einerseits der identische (gleichsinnige Mitbewegung), andererseits der selten vorkommende reziproke (entgegengesetzte Mitbewegung) ist stets pathologisch und könnte nach Ansicht des Verf. bei verschiedenen akuten Krankheiten, die mit Beteiligung des Nervensystems einhergehen, zur Diagnosenstellung vielleicht verwertet werden. Verf. fand ihn in Fällen von epidemischer und tuberkulöser Meningitis, von Meningismus bei kruppöser Pneumonie, ferner bei Chorea und Littlescher Krankheit. Bei einem Falle von Tetanus neonatorum fehlte der kontralaterale Reflex.

Spitzy-Graz.

8) **Alois Pollak.** Ueber Thiosinamin.

Wiener med. Wochenschrift. 1908. Nr. 8.

Pollak empfiehlt zur Injektion folgende Lösung: Thiosinamini 1,0; Glycerini Aquae destill. aa. 5,0.

Er rühmt die geringe Schmerzhaftigkeit und macht 5–6 Injektionen zu 1 ccm wöchentlich. Anwendung bei Narbenstrukturen im Rectum.

Spitzy-Graz.

9) **Haenisch.** Beitrag zur Röntgendiagnostik der Knochensyphilis.

Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. XI. Heft 6. S 449.

Die Bilder von Fall I zeigen für Lues charakteristisches periostales Gumma.

Dagegen zeigen die Bilder von Fall II ein derartiges Verhalten, dass zuerst ein Sarkom diagnosticiert wurde. Die ganze proximale Hälfte der Humerusdiaphyse zeigt nur eine etwa $^1/_2$ cm breite medial erhaltene Knochenspange, sonst Rinde und Mark in 10 cm langer Ausdehnung nicht mehr differenzierbar. An Stelle der Markhöhle sieht man Auf-



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hellungen, die Corticalis streckenweise vollkommen undeutlich. Nach aussen um den Knochen wolkige unregelmässige Schatten. Der Weichteilschatten wölbt sich 1—2 cm vor. Keine circuläre Periostitis, die für Lues spräche. Keine Hyperostose, keine Sklerose. Wahrscheinlich handelt es sich um ein periostales Gumma mit Durchbruch in den Knochen mit Periostitis ossificans, während durch das Gumma die Knochenaufhellung zu stande kam, oder aber es war eine periostale Erkrankung, die zu einer Caries sicca geführt hat. Jedenfalls hat die Aufnahme stattgefunden zu einer Zeit, wo das Höhestadium der Erkrankung schon überschritten war und beginnende Heilung stattfand. Dass es sich um eine kongenitale luëtische Erkrankung handelte, dafür spricht die Anamnese und die völlige Heilung durch Schmierkur, wie die anderen Bilder zeigen. **Meyer**-Heidelberg.

10) **P. Chirone.** Sull trattamento delle perdite di sostanza ossea.

Giorn. internaz. delle scienze med. 1907, fasc. 20.

Die Schlüsse des Verf. sind: Bei den traumatischen, pathologischen oder postoperativen Knochensubstanzverlusten, bei denen es gelingt, eine strenge Asepsis vorzunehmen, ist es vorzuziehen, die prima intentio zu versuchen, um die Heilungsdauer abzukürzen oder die vollständige Reparation ohne Deformität zu erzielen. Bei Höhlen oder bei den Knochensubstanzverlusten des Schädels kann man je nach den Umständen und der Vorliebe des Chirurgen die verschiedenen Lappen und die Periost-, Knochen-, Knochen-Periost- oder Knochenknorpeleinpflanzungen oder Knochenscheiben oder solche aus absorbierbaren oder nicht absorbierbaren Stoffen, die Plombierung zur Anwendung bringen. Bei den Röhrenknochen kann man bei seichten Höhlen die Einpflanzungen vornehmen, bei den tieferen die Ausfüllung mit resorbierbaren Stoffen; bei den Substanzverlusten in der Kontinuität des Knochens Stücke von calcinierten oder gekochten Knochen, Elfenbeinbolzen, Prothesenmittel. Bei den Substanzverlusten der Gelenkköpfe wird man sich mit Metallapparaten oder mit der Applikation von Elfenbein- oder Metallgelenken helfen. Schliesslich wird man bei den Läsionen der kurzen Knochen die Knochenüberpflanzung oder die Verstopfung mit resorbierbaren Stoffen vorziehen; bei denen der platten Knochen die Einpflanzungen oder besser die Plombierungen.

Bei den Knochensubstanzverlusten hingegen, bei denen der Eiterungsprozess nicht vollkommen verhütet werden konnte, wird die secunda intentio stets vorzuziehen und zweckmässig sein.

Buccheri-Palermo.



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

11) **Paul Wojlanski.** Beitrag zum Studium der osteo-periostalen Komplikationen des typhösen Fiebers.

Inaugural-Dissertation, Paris 1908.

Der Verfasser gelangt auf Grund seiner Arbeit zu folgenden Schlüssen. Die osteo-periostitischen Komplikationen des Abdominal-typhus treten meistens im Pubertätsalter auf und zwar während der Rekonvaleszenz. Doch ist es nicht selten, dass auch erwachsene Personen dieselben darbieten. Meistens werden die langen Knochen, die Rippen und das Sternum befallen. Die Ursache der Erkrankung ist eine Lokalinfektion der betreffenden Teile durch den Eberthschen Bazillus und zwar entweder allein, oder in Verbindung mit Eiterungsstreptokokken, wodurch es zu Mischinfektionen kommt.

In anatomisch-pathologischer Beziehung können diese Osteo-periostitiden einfach kongestiv, suppurativ oder produktiv sein, je nachdem es nur zu einfacher Schwellung und Entzündung, zu Eiterung oder zur Bildung von Exostosen kommt. Die erstere, sogenannte plastische Form ist die günstigste und endigt immer mit der vollkommenen Resolution, die eitrige Form kann entweder akut in wenigen Wochen verlaufen oder chronisch, einen kalten typhischen Abszess bilden oder zur Bildung von Exostosen Veranlassung geben. Die Diagnose ist bei der ersteren Form leicht, und beruht hauptsächlich auf der anamnestischen Erhebung eines kurz vorhergegangenen typhösen Fiebers, während die chronische Form viele mit Tuberkulose oder Syphilis der Knochen ähnlich Symptome aufweist. In schwierigen Fällen wäre die Serumreaktion vorzunehmen, die oft auch längere Zeit nach stattgehabtem Typhus positive Resultate ergeben kann.

In prophylaktischer Beziehung sollen Traumen in der Rekonvaleszenz eines Typhus nach Möglichkeit verhütet werden, da dieselben erfahrungsgemäss oft die Veranlassung für die in Rede stehenden osteo-periostalen Komplikationen abgeben. Die Behandlung der aufgetretenen Komplikation geschieht nach allgemeinen chirurgischen Prinzipien.

E. Toff-Braila.

12) **Olicte.** La gelatina y su acción osteógena.

Rev. de Medic. y Circ. pract. de Madrid 21. I. 1908.

Mitteilung von 4 Fällen, bei denen eine ausserordentlich günstige Wirkung der Gelatineeinspritzungen zur Beförderung der Callusbildung konstatiert wurde. Es handelte sich um 1. verzögerte Heilung nach Osteotomie wegen rachitischem genu valgum, 2. Schultergelenksarthrodese, 3. schlecht geheilten und daher wieder frakturierten


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Unterschenkelbruch, 4. Bruch des Radius. Es wurden durchschnittlich 20 Injektionen à 10 ccm. gemacht. — O. erklärt die Gelatinewirkung durch eine Vermehrung der im Blute zirkulierenden Kalksalze.

Stein-Wiesbaden.

13) **Karl Beck.** Schlecht verheilte Frakturen (Malunion of bones).

Journ. of the Americ. med. Assoc. 1908, Nr. 16.

Der Verfasser plaidiert hier, wie in vielen seiner früheren Schriften, für die Anwendung der Röntgenstrahlen zur Diagnose der Frakturen und zur Kontrolle der Heilung derselben. Er beschreibt an der Hand einzelner Fälle die durch schlecht geheilte Frakturen entstandenen Deformitäten und deren Heilung (Osteotomie).

Beck bedient sich hierbei öfters der Knochennaht; er warnt vor der Verwendung von Silberdraht, der leicht bricht, reizt und zur Eiterung Veranlassung gibt, er hält für das beste Knochenmaterial Aluminium-Bronzedraht. Er näht subperiostal und vereinigt das Periost mit Katgut über der Drahtnaht; der Draht wird zur Wunde herausgeführt, die Haut um ihn herum zu seiner Befestigung mit Seide vernäht. In 4—6 Wochen wird der Draht entfernt.

Max Böhm-Berlin.

14) **R. v. Aberle.** Ueber die Wahl des Zeitpunktes zur Korrektur rachitischer Verkrümmungen.

Wiener mediz. Wochenschrift. 1908. Nr. 8.

Verf. empfiehlt, nicht allzulange mit korrigierenden Operationen zuzuwarten, weil die Aussichten auf Spontanheilung nicht derart günstige sind, dass sie die Nachteile der zu spät vorgenommenen Operation ausgleichen können. Die Operation im späteren Kindesalter ist nicht so sehr wegen der vorgeschrittenen Verhärtung der Knochensubstanz, als wegen der an Sehnen und Muskeln entstandenen Veränderungen erschwert. Nicht vor Ablauf der Rachitis, d. i. nicht vor dem 5. Jahre operieren. Zuwarten bei Fällen, die bei genauer Beobachtung (Konturzeichnung) eine spontane Besserung erkennen lassen. Operation bei Fällen mit zunehmender Verkrümmung. Vermeidung der Osteoklase, sondern lieber partielle Osteotomie mit nachfolgender Osteoklase. Bei der Indikationsstellung ist auch das kosmetische Moment zu berücksichtigen, da es für die psychische Entwickelung des Kindes nicht gleichgiltig sein kann, ob es ein Jahr länger krüppelhaft bleibt oder nicht.

Spitzy-Graz.


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

15) **Dreesmann** (Köln). Ueber chronische Polyarthritis im Kindesalter.

Mitt. a. d. Grenzg. d. Med. u. Chir. 18. Bd., H. 5.

16jähriges Mädchen hatte im 2. Lebensjahre Rachitis, im 4. Masern. Im Alter von 6 Jahren schwollen plötzlich unter starken Schmerzen die Knie- und Fussgelenke an; allmählich breitete sich die Erkrankung auch auf die Arme, den Kopf und die Wirbelsäule aus. Die Gelenke wurden ganz steif und es bildeten sich Verkrümmungen der Knochen. Bei der Aufnahme fand sich an dem sehr schwächlich entwickelten Mädchen eine Ankylose sämtlicher Gelenke mit Ausnahme der Kiefergelenke und der Finger- und Zehengelenke. Die Fingergelenke zeigten aber deutlich arthritische Veränderungen. Mit diesen Gelenkveränderungen waren starke Knochenverbiegungen an den Extremitäten und der Wirbelsäule kombiniert. Die Ankylosen waren, wie die Röntgenbilder erkennen liessen, völlig knöcherne Verwachsungen, die Knochenstruktur ging ohne Unterbrechung aus dem einen Knochen in den anderen über, Epiphysenlinien waren völlig verschwunden. Verfasser hat in der Literatur nur einen von Bruck (Deutsche med. Wochenschrift 1897, p. 152) beschriebenen Fall gefunden, der im Befunde dem seinen sehr ähnelt, aber anamnestisch einen wesentlichen Unterschied insofern zeigt, als hier die Knochenveränderungen nach dem Gelenkrheumatismus und infolge seiner auftraten, während dort bei Bruck sich zuerst Knochenerweichungen und erst später die Gelenkveränderungen einstellten. Er glaubt, dass die beiden Fälle nicht in die gleiche Kategorie zu rechnen sind. Dr. **Streitz**-Heidelberg.

16) **G. Preiser** (Hamburg). Ein Fall von sogenannter „idiopathischer“ juveniler Osteoarthritis deformans coxae (eine kongenitale Dysarthrie?)

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 89. Heft 5—6. P. 613.

Bei einem 35 jähr. Mann, der nie ein Trauma erlitten hatte und über Schmerzen und Schwäche im l. Bein klagte, waren Flexion und Abduktion des r. Oberschenkels beschränkt. Beide Trochanteren standen 6 cm über der R.-N. Linie. Bei allen Bewegungen Krepitation in der r. Hüfte. Auf dem Röntgenbild war der Kopf abgeflacht und walzenförmig in die Länge gezogen. An seinem oberen Teile fanden sich 2 wellenförmige Aushöhlungen. Die Pfanne war für den Kopf viel zu weit. Das Röntgenbild der l. Seite erscheint normal, nur ist die Pfanne in ihrem untern Teil zu weit. Da die arthritischen Beschwerden geringer Natur waren und sich nach


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

3 wöchiger mediko-mechanischer Behandlung vollständig zurückbildeten, so denkt Pr. an eine beginnende sekundäre Arthritis deformans coxae, die als das Resultat der durch die primäre Deformation des Kopfes bedingten anormalen statischen Verhältnisse der Hüfte zu betrachten ist. Da Trauma, tbc. Coxitis auszuschalten sind, so muss man die Deformation des Kopfes mit grosser Wahrscheinlichkeit als kongenitale Missbildung auffassen. Dafür spräche auch die erweiterte linke Hüftpfanne. Pr. glaubt auch, dass auch bei den Fällen in der Literatur, die durch einen walzenförmigen, abgeflachten Kopf ausgezeichnet sind, kongenitale Missbildungen vorliegen. Die Arthritis deformans coxae würde sich somit in 2 Haupttypen präsentieren:

1. das gewöhnliche Malum coxae senile mit aufgeblähtem, pilzförmigem Kopf bei primärer anormaler Pfannenstellung,
2. die Abart mit kongenital deformiertem Kopf (walzenförmige, zuweilen spitz ausgezogene Form).

Zum Schlusse versucht Pr. die verschiedenen Formen der Arthr. def. cox. ihrer Aetiologie nach zu rubrizieren und stellt folgende Einteilung auf:

1. „Idiopath." Arthr. def. cox.
   a) infolge kongen. Dysarthrie,
   b) bei statischen Missverhältnissen der Hüfte (anormale Pfannenstellung etc).
2. Neuropathische Arthr. def. cox. (Tabes etc.).
3. Traumatische Arthr. def. cox.
4. Sekundäre, im Anschluss an anderweitige Entzündungen entstandene.

Stoffel - Heidelberg.

17) **Zimmern** (Paris). Traitement électrique des affections articulaires. (Elektrische Behandlung von Gelenkleiden.)

La méd. des accid. du travail. Bd. V. S. 149.

Nach Remaks Veröffentlichungen, der die Benutzung des konstanten elektrischen Stroms sowohl bei chronischen wie bei akuten Gelenkleiden empfahl, hat Verf. die elektrische Behandlung vor allem bei traumatischen Arthritiden und chronischem Hydarthros angewandt und nach seinen Angaben sehr gute und rasche Erfolge erzielt. Er lässt den konstanten elektrischen Strom durch das Gelenk hindurchgehen und wendet bei der Schulter 40—50 Milliampère und beim Knie bis zu 100 an. Er rät den Strom so stark zu nehmen, wie ihn der Pat. ertragen kann. Dauer des Stromdurchgangs mindestens 30 Minuten. Z. hat schon nach einer Sitzung eine



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

merkliche Verminderung des Gelenkergusses gesehen. Nach mehreren Applikationen des elektrischen Stroms ist eine Unterbrechung der Behandlung anzuraten. Die Muskulatur, die das Gelenk versorgt, soll mittels faradischen Stroms behandelt werden.

Ottendorff - Hamburg - Altona.

18) **Morestin** (Paris). Entorse. Traitement général. (Allgemeine Behandlung der Distorsionen.)

La méd. des accid. du travail. Bd. V. S. 108.

M. empfiehlt die Behandlung der Distorsionen sobald wie möglich nach dem Unfall vorzunehmen. Zu dem Zwecke verwendet er lokale Bäder mit kaltem oder besser noch warmem Wasser. Bei Gelenken, die nicht bequem zugänglich sind, Auflegen heisser Sandsäcke oder Umschläge. Weiterhin komprimierende Verbände mit Watte. Am meisten eingenommen ist M. für Einwickelung mit elastischen Binden, die komprimieren ohne völlig zu fixieren. Weiterhin soll sich eine Massagebehandlung anschliessen, die sehr frühzeitig beginnen und sehr sanft ausgeführt werden muss. Verf. hat nach seiner Angabe damit sehr rasche und vollständige Heilungen erzielt. Immobilisation ist nach M. durchaus zu verwerfen. Bei allen Gelenkdistorsionen wendet M. obige Behandlungsmethode an, nur bei Verstauchung des Kniegelenks perhorresziert er die Massage des Gelenks und nimmt sie nur an der Muskulatur vor, die er mit Faradisation oder Galvanisation behandelt. Bei Hämarthros des Kniegelenks wird die Punktion mit nachfolgender Kompression ausgeführt.

Ottendorff - Hamburg - Altona.

19) **Sigmund Gara.** Die Behandlung der schweren Ankylosen der Gelenke mit Fibrolysin.

Wiener klin. Wochenschrift. Nr. 12.

Verf. berichtet über zwei Fälle schwerer jeder anderen Behandlung trotzender Ankylose, bei denen er durch verhältnismässig wenige (17) Injektionen eine beträchtliche aktive und passive Beweglichkeit erzielte. Leider konnte er den weiteren Verlauf nicht verfolgen. Sein Vorschlag für weitere Versuche geht dahin, erst nach 20 Einspritzungen von täglich je 2—3 Fibrolysin = einer Phiole, mit passiven Bewegungen zu beginnen. Daran hätte sich die Nachbehandlung mit Bädern, Mechanotherapie etc. anzuschliessen. Als Injektionsstelle empfiehlt er die Rückenhaut oder die Glutualmuskulatur. Unmittelbar nach der Mahlzeit wird das Fibrolysin schlecht vertragen.

Spitzy - Graz.



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

20) **Stein.** Ueber Gelenkresektionen mit Interposition von Weichteilen nach Helferich.

Diss. Bonn 1907.

St. berichtet über sechs derartige Fälle, die von Bier zum Teil in der Bonner Klinik, zum Teil im dortigen Johannishospital mit recht gutem Erfolg operiert wurden. Es handelte sich um eine Kieferankylose, um drei Ellenbogensteifigkeiten, um eine Handgelenksankylose und um eine Ankylose beider Hüft- und Kniegelenke. Diesen sechs Fällen reiht er dann noch 24 kurze Krankengeschichten an, die er aus der ihm zugänglichen Literatur zusammenstellen konnte. Neues bringt die Arbeit sonst nicht.

Blencke-Magdeburg.

21) **Vulpius.** Ueber den Wert der Arthrodese.

Münch. med. Wochenschr. 1908. Nr. 7. Pag. 332.

Um bei der Behandlung der Kinderlähmung der Arthrodese gegenüber der Sehnentransplantation zu ihrem Rechte zu verhelfen, hebt V. den Wert einer Gelenkversteifung für die Funktion eines Gliedes hervor und bespricht die Indikation für die Operation (gänzlicher, definitiver Lähmungszustand, Schlottergelenk), indem er die einzelnen Gelenke durchgeht. — Die Arthrodese des Sprunggelenks verbindet V. meist mit der Fasciodese, um nicht nur das Talocruralgelenk ruhig zu stellen, sondern auch eine Equinusstellung des Vorderfusses zu vermeiden. Beim Kniegelenk wird die Arthrodese nur gemacht, wenn wegen des schlotternden Gelenkes ein starkes genu recurvatum besteht, oder eine Kontraktur vorliegt.

Hüftgelenksarthrodesen macht V. nur bei doppelseitiger Glutaealmuskellähmung und zwar nur auf einer Seite. Sehr zufrieden ist er mit den Resultaten der Schulterarthrodese.

Bezüglich der Technik ist zu erwähnen, dass man auf jeden Fall gründlich anfrischen und womöglich Knochen an Knochen legen muss, um eine feste Vereinigung zu erhalten. Daher muss auch die Fixation mindestens 3 Monate betragen.

Am Hüftgelenk hat V. sechsmal die Phenarthrodese (Anfrischen der Gelenkenden, Betupfen mit reiner Karbolsäure, Auswaschen mit Alkohol) gemacht. Bei der Schulterarthrodese näht er prinzipiell mit Silberdraht. Das Resultat sichert er in jedem Fall einer Arthrodese mehrere Monate lang durch Hülsenapparate. Röntgenbilder zeigen völlige knöcherne Vereinigung der Gelenkenden bei Talocrural-, Knie- und Schultergelenk.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Beim Sprunggelenk hat er 50—60 Proz. feste Ankylosen, beim Kniegelenk 75 Prozent, beim Schultergelenk 80 Prozent. Die Hüftgelenk-phenarthrodese ergab fibröse Ankylose mit geringer Wackelbewegung. Die Abbildungen eines Handgängers vor und nach der Operation zeigen, was mit mehrfachen Arthrodesen geleistet werden kann. **Ewald**-Hamburg.

22) **Kolaczek.** Ueber das primäre Muskelangiom.

Klinische Beitr. zur Chir. Bd. 56, 2. Heft.

K. beschreibt in eingehender Weise fünf Fälle von primärem Muskelangiom aus der Tübinger chirurgischen Universitätsklinik, die dort innerhalb eines Jahres beobachtet wurden.

Nach einer tabellarischen Uebersicht sind bis jetzt 95 Fälle dieser von Virchow als sehr selten bezeichneten Tumoren beschrieben. Drei Viertel aller Fälle betreffen Patienten bis zu 30 Jahren, zwei-Drittel das weibliche Geschlecht. Wie die der Haut, so sind auch wohl die Angiome des Muskels angeboren, wenigstens in ihrer Anlage. 27 Fälle betrafen die obere, 42 die untere Extremität, 17 den Rumpf und 6 den Kopf. Einzelne Muskeln werden bevorzugt, so der m. quadriceps femoris, Wadenmuskulatur, m. masseter, meist ist es solitär, selten multipel. Unter den Symptomen werden Schmerzen oder abnorme Empfindungen anderer Art häufig erwähnt, von einzelnen Autoren als Kardinalsymptom angeführt. Auch vasomotorische Erscheinungen (Schwitzen bei Druck auf die Geschwulst) sind beobachtet worden. Die einzelnen objektiven Symptome sind unsicher, erst ihre Gesamtheit erlaubt eine sichere Diagnose. Die Oberfläche kann glatt oder höckerig sein, die Haut über der Geschwulst ist unverändert, die Grenzen derselben sind meist scharf. Die Konsistenz wechselt, oft im gleichen Tumor, es kommen alle Härtegrade vom matschweichen bis zum knochenharten vor. Kompressibilität und Pseudofluktuation können vorhanden sein. Pulsation ist ganz selten, Gefässgeräusche fehlen, dagegen kann Krepitation bei Anwesenheit von Phlebolithen und derbem Bindegewebe auftreten. (Röntgenaufnahme!) Zur Unterscheidung von anderen Gebilden sei bemerkt, dass die Venensteine kreisrunde, konzentrisch geschichtete, isoliert liegende Schatten von Hirsekorn- bis Bohnengrösse geben. Die Probepunktion, die reines Blut zu Tage fördert, ist ein wichtiges, diagnostisches Hülfsmittel. Ist das betr. Angiom nicht weich, sondern fest, so kommen bei der Seltenheit der meisten andern Tumoren nur Lipom und Sarkom differentialdiagnostisch in Betracht. Das Lipom mit intramuskulärem Sitz ist sehr viel seltener


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

als das Angiom und tritt meist erst im 40.—50. Lebensjahr auf. Am schwierigsten ist die Differentialdiagnose gegen Sarkom, dessen Häufigkeit etwa dieselbe ist, wie beim Angiom. Hier muss die Anamnese besonders über die Schnelligkeit des Wachstums aufklären, ferner hält sich das Sarkom nicht an ein bestimmtes anatomisches Gebilde. Des weiteren werden wir die Muskelhernie ausschliessen. Sie verschwindet bei passiv gestrecktem Muskel und bei Kontraktion des Antagonisten und wird bei Kontraktion flacher und härter. Zm Schluss ist an Tuberkulose und Syphilis zu denken.

Entsprechend dem Umstand, dass die Muskelangiome gutartige Geschwülste sind, ist die Prognose quoad vitam gut. Rezidive sind sehr selten und wohl durch nicht radikales Operieren zu erklären.

Bei der Operation ist zu beachten, dass durch Anlegung der Esmarchschen Binde die Geschwulst vollkommen verschwinden kann, sodass man sich die Grenzen vorher auf der Haut markieren muss. Bei den weichen, kavernösen Formen ist alles Kranke zu entfernen, wenn man ein Rezidiv sicher verhüten will, die Blutstillung (durch Umstechung) ist so exakt wie möglich auszuführen.

Rauenbusch-Heidelberg.

23) **Pieszczek.** Ueber primäre hämatogene akute Myositis purulenta mit Berücksichtigung der sekundären Myositiden. Dissert. Königsberg. 1907.

P. konnte in der Königsberger Universitätsklinik drei Fälle dieser in Europa doch immerhin seltenen Erkrankung beobachten, von denen der erste insofern interessant war, dass der Befund bei der Aufnahme im Verein mit der Anamnese eine Osteomyelitis vortäuschte, dass sich Pneumococcen im Eiter befanden und dass sich grosse, sequesterartige Muskelnekrosen bildeten. Auch die beiden anderen Fälle konnten sehr leicht mit der akuten Osteomyelitis verwechselt werden; bei ihnen fand sich aber im Eiter der Staphylococcus pyogenes aureus. P. ist der Ansicht, da sich die beiden Erkrankungen in so mancher Beziehung analog zu einander verhalten, dass auch diejenigen ätiologischen Momente, welche schon bei der Osteomyelitis anerkannt sind, zum grossen Teil auf die Myositis übertragen werden können. Nach seiner Meinung ist die Myositis, da sie von schweren Allgemeinsymptomen begleitet ist, ebensogut als ein abgegrenztes Krankheitsbild aufzufassen wie die Osteomyelitis auch. Wenn dies erst einmal geschieht, dann ist auch sicherlich diese Erkrankung garnicht so selten, wie es vielfach angenommen wird.

Blencke-Magdeburg.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

24) **Heinrich Lorenz** (Graz). Ueber eine eigenartige Form von Myositis fibrosa progrediens.

Wiener klin. Wochenschrift. Nr. 14.

Die Zusammenfassung der Hauptsymptome des beschriebenen Falles ergibt eine über einen grösseren Teil der Skelettmuskulatur ausgebreitete symmetrisch angeordnete, wenn auch nicht beiderseits in gleichem Grade ausgebildete Muskelveränderung, die sich in Atrophie eines Teiles und Hypertrophie eines anderen Teiles der Muskeln darstellt und ohne Störungen vonseiten des Nervensystems einhergeht. Diese Veränderungen werden als Dystrophie aufgefasst. Im Uebrigen sei auf die ausführliche Arbeit selbst verwiesen.

Spitzy-Graz.

25) **Nicolai** (Berlin). Zur Aetiologie und Therapie der Muskelverknöcherungen.

Deutsche militärärztl. Zeitschr. 36. Bd. S. 785.

N. unterscheidet die Entstehung der Muskelverknöcherungen durch ein mehrmaliges geringeres und die Entstehung durch ein einmaliges stärkeres Trauma. Am häufigsten wird die Erscheinung bei Rekruten beobachtet, bei denen der Militärdienst plötzliche ungewohnte Anforderungen an ihre Muskulatur stellt, wodurch leichter kleine Risse und Blutungen entstehen, die später bei grösserer Uebung nicht mehr eintreten. Zwei Fälle, die Verf. näher beschreibt, waren durch Pferdebiss am Oberarm entstanden. Diese erste starke Quetschung, die spez. auch in der Tiefe am Periost eine Zerrung bewirken musste, führte dadurch, dass die beiden Verletzten ihren Arm weiter benutzten, zu einer chronischen Entzündung mit nachfolgender Einlagerung von Kalksalzen. Durch frühzeitig einsetzende Behandlung glaubt Verf. das Eintreten dieser Entzündung verhindern zu können. Ist die Ausbildung des Muskelknochens bereits erfolgt, so ist mit Ruhe, feuchten Verbänden, Heissluftbehandlung und leichten passiven Bewegungen ein gutes Resultat zu erzielen. Massage wirkt nach den Erfahrungen des Verf. ungünstig, dagegen sah N. eine wesentliche Unterstützung in der intramuskulären Injektion von Fibrolysin, die ihm auch bei der Behandlung ausgedehnter Narben gute Dienste leistete.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

26) **Rob. S. Mc. Combs.** Epidemische Poliomyelitis anterior in Philadelphia.

Archives of Pediatrics 1908. H. 3.

Verf. beobachtete im Verlauf von 3 Monaten 18 Fälle, die


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

regionär auf ein umschriebenes Stadtgebiet beschränkt waren. Er hält die Erkrankung für infektiös, ohne aber andere Beweise für diese Annahme zu bringen als die bereits bekannten. Der Artikel enthält lediglich statistische Angaben. **Neter**-Mannheim.

27) **Ramsauer.** Zur Technik der Nervennaht: Einscheidung der Distanznaht durch ein Venenstück.

Dissert. Bonn 1907.

Nach einem kurzen Ueberblick über die Entwicklung der Nervennaht und Nervenplastik berichtet R. über einen Fall von Zerreissung des Nervus radialis bei Humerusfraktur, der im städtischen Krankenhause zu Solingen operiert wurde, und zwar wandte der dortige Oberarzt ein Operationsverfahren an, bei dem der Defekt nicht durch Nervengewebe gedeckt, sondern mit Seidenfäden überbrückt und dann durch ein Venenstück desselben Mannes gegen Wucherung und Druck durch umliegende Gewebe beschützt wurde. Diese Operation wurde bereits im März des Jahres 1906 ausgeführt, also zu einer Zeit, als die Arbeiten von Spitzy, Henle, Treutlein und Auffenberg noch nicht erschienen waren. Der Erfolg war zwar kein vollkommener, aber ein derartiger, dass die angewandte Methode vom Verf. nur aufs angelegentlichste bei ähnlichen Fällen empfohlen werden kann. **Blencke**-Magdeburg.

28) **Cornelius.** Welche Bedeutung hat die Nervenpunkt-Massage für den Militärarzt.

Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1908. Heft 5. S. 215.

Verf. glaubt mit seiner Nervenpunktlehre die Erkennung und die Beseitigung der peripher nervösen Leiden erreichen zu können. Mit ersterem wäre bei der Rekrutenuntersuchung der objektive Beweis für vielfach geäusserte nervöse Leiden zu erbringen, bezw. für die Nichtigkeit derselben. Durch die Behandlung wären viele Unteroffiziere und Offiziere dem Dienste zu erhalten. Verf. fordert eine spezialistische Ausbildung und hofft, Militärärzte zur Nervenmassage an seiner zu begründenden Poliklinik für Nervenmassage heranbilden zu können.

Meyer-Heidelberg.

29) **von Akerhielm.** Zur Therapie des Anasarka.

Inaugural-Dissertation Zürich 1907.

Verfasser empfiehlt Massage und schwedische Heilgymnastik der ödematösen unteren Extremitäten zur Beförderung des Lymphstromes sowie Massage des Bauches kombiniert mit Digitalistherapie bei Herzfehlern und er ist der Ansicht, dass die therapeutische Wirkung der



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitalis auf das Herz durch diese Kombination bedeutend gesteigert wird. Verf. bedient sich der manuellen Behandlung auf bedecktem Körper, nur ausnahmsweise auf entblösster Haut. Die Massage geschieht stets trocken ohne Einfettung nach Henrik Kellgren.

Meyer-Heidelberg.

30) **Kritchevsky** (Paris). Les mouvements de gymnastique libre comme adjuvant important dans le traitement massothérapique de certaines affections chirurgicales des membres. (Freiübungen bei der Massagebehandlung bestimmter Extremitätenerkrankungen.)

Revue d'orthop. 1908, 1, p. 73.

K. empfiehlt anstatt der passiven Bewegungen eines kranken Gliedes die den deutschen Aerzten schon lange vertrauten einfachen und komplizierten symmetrischen Freiübungen der kranken und gesunden Extremität zu gleicher Zeit. Man bekäme dadurch wichtige und richtige Anhaltspunkte über den Grad der Bewegungsbeschränkung des kranken Gliedes (z. B. bei Unfallverletzten und Nervösen, die simulieren wollen oder willensschwach sind). Der Kranke gewänne in kürzerer Zeit durch die Koordination der Bewegungen die normale Funktion seiner Glieder wieder.

Ewald-Hamburg.

31) **Lewandowski.** Die therapeutische Bedeutung der Atemgymnastik.

Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1908. Nr. 2.

L. unterscheidet zwei Teile, die eigentliche Atemgymnastik, d. h. die Ein- und Ausatmungsbewegungen und eine Reihe von Uebungen und Handgriffen, welche dazu dienen, die Atmungsbewegungen zu unterstützen oder zu hemmen, je nachdem dies in der therapeutischen Absicht liegt. Eine Atmungsgymnastik lässt sich aber nur dann durchführen, wenn die Kopfatmung absolut frei funktioniert, wozu in erster Linie die Nase durchgängig und der Nasenrachenraum frei sein muss. L. giebt sodann Anleitung, wie am besten die Atembewegungen ausgeführt werden; bespricht die Hülfsstellungen und Handgriffe und kommt dann auf die einzelnen Krankheiten zu sprechen, die einer solchen Behandlung zugänglich sind, und zu denen in erster Linie die Sprachstörungen, die Erkrankungen der Lungen, des Herzens, des Verdauungskanals, des Stoffwechsels und gewisse Frauenkrankheiten gehören.

Blencke-Magdeburg.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

32) **Levy-Dorn.** Technik der Röntgenologie in der Praxis.
Zeitschr. f. ärztl. Fortb. 1908. Nr. 1.

Verf. verbreitet sich zunächst über die heute üblichen Schutzvorrichtungen, die er unbedingt für notwendig hält, und kommt dann auf die Fortschritte und Verbesserungen zu sprechen, die man in den letzten Jahren auf diesem Gebiet gemacht hat. Ich habe wohl nicht nötig, näher darauf einzugehen, da ja alle diese zur Genüge bekannt sein dürften. **Blencke**-Magdeburg.

33) **M. Ricard.** Ueber den Wert der chirurgischen Behandlung des angeborenen Tortikollis nach dem Vorgange von Mikulicz.
Inaugural-Dissertation Montpellier 1907.

Der angeborene Schiefhals beruht bekanntlich in den meisten Fällen auf einer sklerosierenden Myositis des Sterno-Kleido-Mastoideus, und es kommt infolgedessen, nach einfachen Tenotomien, sei es, dass man dieselben subkutan oder offen ausführt, zu Rezidiven. Dieselben können nach Jahren auftreten, oder auch wenige Monate nach der Durchtrennung der Muskelsehnen. Mikulicz hat daher einen viel radikaleren Operationsmodus vorgeschlagen, bestehend in partieller oder totaler Exstirpation des Kopfnickers, gefolgt von der Anlegung eines Gipsverbandes (Zentralblatt für Chirurgie 1895, Nr. 1).

Der Verfasser hat nun in der Literatur über die Resultate dieser dann auch von verschiedenen anderen Chirurgen ausgeführten Operation Untersuchungen angestellt und ist zum Schlusse gelangt, dass die Mikulicz'sche Operation es verdient in allen Fällen von angeborenem Tortikollis mit Vorzug angewendet zu werden. Dieselbe verhindert die Rezidive, ist nicht schwieriger als ein anderer in Betracht kommender Eingriff, weniger gefährlich als die subkutane Tenotomie, und obwohl auch nach derselben eine orthopädische Behandlung nützlich ist, um den Muskeln ihren Tonus wiederzugeben und die Skoliose gerade zu richten, so ist dieselbe doch nicht absolut notwendig, wie nach anderen Operationsmethoden. Ricard teilt einen einschlägigen Fall aus der Klinik von Forgue mit, bei welchem die Operation, nachdem Rezidiv eines mittels offener Tenotomie behandelten Schiefhalses aufgetreten war, ausgeführt wurde, und ein sehr gutes, funktionelles und ästhetisches Resultat ergeben hat, doch wurde der Einschnitt nicht klein, wie ihn Mikulicz empfiehlt, sondern längs des ganzen hinteren Muskelrandes ausgeführt und der Sternokleido in genauer Weise herauspräpariert. Dieser Vorgang wäre auch in allen einschägigen Fällen vorzuziehen, da eine Verletzung wichtiger Teile auf diese Weise ausgeschlossen ist.

E. Toff-Braila.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

34) **Romano** (Neapel). Nosografismo e Terapia moderna della scoliosi.

Il Tommasi. 1908. Nr. 3, 4, 5, 7.

Nach Besprechung der Nosographie der Skoliose in ihren verschiedenen Formen, nach Darlegung der Therapie, die nach dem Gesichtspunkt der Pathogenese und der Physiopathologie der Läsionen zur Anwendung zu kommen hat, erörtert Verf. die Resultate seiner persönlichen Beobachtungen.

Es sind 408 Fälle, die mitgeteilt werden, darunter 146 männlichen, 262 weiblichen Geschlechts. Zwanzig Mal war die Deformität auf Funktionsstörungen zurückzuführen und bildete die Folge einer Berufskrankheit.

Drei Fälle von angeborener Skoliose kamen ebenfalls zur Beobachtung. Die erworbenen Formen verteilen sich:

Traumatische Skoliosen 2, rachitische 123, Pottsche 34, pleuritische 5, nervösen Ursprungs infolge Kinderlähmung 13, infolge Little'scher Krankheit 2, infolge Ischias 5, infolge Hysterie 1, statische Skoliosen infolge Verkürzung einer unteren Extremität 2, infolge Coxitis 10, infolge einseitiger angeborener Hüftluxation 15, infolge veralteter traumatischer Luxation 2, infolge Pes plano-valgus 9, infolge Tarsalgia adolescentium 3, infolge Ankylose 4, infolge Genu valgum 7, funktionelle Skoliosen 20, infolge konstitutioneller Krankheiten 12, essentielle Skoliosen des Pubertätsalters 133.

Die seitliche Deviation wurde bei schon 7 Monate alten Kindern beobachtet, die grösste Anzahl von 7 bis 15 Jahren.

Inbezug auf den Sitz hatte man:

	Mit Konvexität nach		
	rechts	links	insgesamt
Totale Skoliosen	17	3	20
Cervico-dorsale Skoliosen	3	5	8
Dorsale Skoliosen	147	42	189
Dorso-lumbale Skoliosen	89	31	120
Lumbale Skoliosen	18	53	71

Verf. schliesst dahin, dass die lange Zeit hindurch zur Anwendung gebrachte Gymnastik den Patienten grossen Vorteil bringt und viele Skolioseformen nicht nur anhalten, sondern häufig modifizieren, korrigieren und zuweilen vollständig zur Heilung bringen kann, besonders wenn die Behandlung in ihrem Anfang unternommen wird und noch keine unabänderliche Knochendeformationen sich herausgebildet haben.

Buccheri-Palermo.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

35) **Hutinel.** Scoliose et nutrition chez les adolescents.
Gazette des hôpitaux. 1908. Nr. 12, p. 135.

Von 4 Fällen von Skoliose bei schlechtem Allgemeinzustand ausgehend betont H., dass die Skoliose kein lokales Leiden sei, vielmehr Symptom einer schlechten Ernährung, deren Spuren man mehr oder weniger in allen Organen wiederfinden kann. Die einzelnen Erscheinungen der schwachen Gesamtkonstitution werden eingehend besprochen: Schlaffe Muskulatur, Anämie, Störungen des Respirations- (Neigung zu Tuberkulose!), des Digestionsapparates, des Nerven- und Genitalsystems, orthotische Albuminurie.

Zum Schluss gibt H. allgemeine Ratschläge, die Hygiene, Körperpflege und Ernährung betreffend. **Ewald**-Hamburg.

36) **H. O. Feiss** (Cleveland, Ohio). Modification apportée au levier de Redard pour le redressement forcé des difformités d'origine scoliotique.
Annales de chir. et d'orthop. 1908, 1, p. 8.

F. beschreibt einen einfachen Hebel, mit dem er mittels einer Pelotte den Rippenbuckel des liegenden und fixierten Patienten gewaltsam redressieren kann. Im Schema zeigt er die Wirkung des Druckes; es geht daraus hervor, wie gut letzterer die Torsion und seitliche Verkrümmung beeinflusst. Ob man mit dem Apparat bessernd oder gar heilend auf die Skoliose einwirken kann, wird nicht gesagt. **Ewald**-Hamburg.

37) **Salmoni-Sebio.** Il segno di Kernig nelle affezioni vertebrali.
Gazz. degli osped. e delle clin. 1908, Nr. 20.

Bei der Untersuchung von 12 Kranken, von denen 9 an Pottscher Krankheit und 3 an Vertebralrheumatismus litten, konstatierte Verfasser bei 6 derselben aufs deutlichste das Kernigsche Zeichen. Er schliesst, dass dieses Zeichen in engem Zusammenhang steht mit der Wirbelrigidität, dass es in jedem Fall die Folge veränderter Verhältnisse der Muskelelastizität ist und keinen besonderen diagnostischen Wert besitzt, da es nicht eine Reflexkontraktion, sondern eine echte Kontraktur ist. **Buccheri**-Palermo.

38) **Georg Stiefler.** Multiple Nervenlähmung infolge intrauteriner Umschnürung einer oberen Extremität.
Wiener klin. Wochenschrift. Nr. 13.

Der Fall betrifft einen 32jähr. Zementarbeiter, dessen linker Oberam eine zirkuläre Schnürfurche aufweist, die an der Aussen-



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:12 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

seite tief einschneidet, an der Innenseite sich verbreitert und seichter wird. Hypoplasie der ganzen Extremität. Trizeps und Bizeps sind in ihrer Kontinuität trotz der tiefen Einschnürung nicht unterbrochen und funktionieren gut. Am Unterarm ist schwer atrophisch das Gebiet des Ulnaris, weniger des Medianus, gut erhalten das des Radialis, der normal funktioniert. Im Ulnarisgebiete besteht vollständige Anästhesie und Lähmung, im Innervationsgebiete des Medianus besteht Hypästhesie und funktionieren nur einige Muskeln mehr oder weniger gut. Die Schnürfurche ist nach glaubwürdiger Aussage des Mannes angeboren. In der Literatur konnte Verf. nur zwei analoge Fälle auffinden. Aetiologie: Umschnürung durch einen intrauterinen Strang, vielleicht die Nabelschnur, keinesfalls vor dem zweiten Fötalmonate entstanden. **Spitzy**-Graz.

39) **Serafini** (Turin). Elevazione congenita della scapola.
Arch. di ortop. Bd. XXIV, Nr. 5, 6.

Serafini teilt die Krankengeschichte eines 8jähr. Mädchens mit, welches Hochstand des rechten Schulterblattes, eine leichte Skoliose der Dorsalwirbelsäule mit Konvexität nach links, eine geringere Entwickelung der rechten Thoraxhälfte vorn, ein Vorspringen der letzten rechtsseitigen Wirbel nach aussen und hinten, eine leichte Gesichtsasymmetrie mit geringerer Entwickelung der rechten Hälfte zeigte. Wenig Störung in der Funktion der Gliedmassen.

Verf. nimmt an, dass durch eine besondere Lage des Fötus und Fruchtwassermangel die rechte Hälfte des Rumpfes und des Gesichtes besonders unter schweren Druckerscheinungen gelitten hätte. **Buccheri**-Palermo.

40) **B. Mautner** und **A. Selka.** Ein Fall von sogenanntem angeborenem Hochstand des Schulterblattes.
Allg. Wiener med. Zeitung. 1908. Nr. 8.

Ein dreimonatlicher Säugling aus nicht wesentlich hereditär belasteter Familie zeigt seit der Geburt einen Hochstand des linken Schulterblattes. Das Heben des linken Armes ist schmerzhaft, der Kopf nach rechts geneigt. Der Angulus scapulae steht links 2 cm höher als rechts, Abstand von der Wirbelsäule links 2 cm, rechts 3¾ cm. Der obere mediale Winkel springt stark hervor. Der obere Skapularrand ist der Klavikula genähert, so dass der Supraklavikularraum ganz schmal ist, die fossa supraspinata ist schmal und flach infolge Verdickung der spina (Exostose?). Die Dimensionen der Skapula sind nicht verändert. Die Wirbelsäule ist in der


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nackenrückengegend ein wenig nach links konvex skoliotisch. Kein Rippenbuckel. Am übrigen Skelett keine Besonderheiten, keine Zeichen von Rachitis.

Als ätiologisches Moment ist in diesem Falle keineswegs eine zu geringe Fruchtwassermenge anzunehmen. Wegen des geringen Grades der Funktionsstörung (die Abduktion des Armes ist bis zur Horizontalen möglich) wird vorläufig nicht zur Operation geraten In Betracht käme eine Verlegung des musculus rhomboideus in der Weise, dass sein Ursprung vom ligamentum nuchae an die unteren Brustwirbel verlegt wird, eventuell unter plastischer Verlegung seiner Nerven, des nerv. dorsalis scapulae. **Spitzy** - Graz.

41) **Putti** (Bologna). Un caso di elevamento congenito della scapola.

Gaz. degli osped. e delle cliniche. 1908. Nr. 14.

Ein 3jähriges Mädchen, syphilitisch erblich belastet, hielt den Hals nach rechts geneigt und das linke Schulterblatt in Hochstand und fast unbeweglich bei den Bewegungen der Extremität. Das Radiogramm weist ein anormales Skelettsegment nach, welches von dem linken Querfortsatz des ersten Dorsalwirbels ausging und schräg von oben nach unten gehend den mittleren Teil des medialen Schulterblattrandes erreichte und ihn der Wirbelsäule annäherte. Die Halsskoliose war verursacht durch das vollständige Fehlen der rechten Hälfte des 6. Halswirbels.

Bei dem orthopädisch-chirurgischen Eingriff bemerkte man das Fehlen des unteren Bündels des Cucullaris, während ein kräftiger Strang desselben sich an dem Schädelrand der „knöchernen Brücke zwischen Schulterblatt und Wirbelsäule" inserierte. Bei Entfernung der erwähnten Brücke zeigte sich dieselbe locker mit dem Schulterblattrand, stark dagegen mit dem Querfortsatz des ersten Dorsalwirbels verwachsen. Zwei Monate nach der Operation abduziert das Mädchen den Arm um 110°, ohne den Rumpf zu neigen, während vorher die Abduktion nicht über 80° hinaus möglich war.

Er schliesst dahin, dass der Hochstand des Schulterblattes die Fortdauer einer embryonären Disposition, nicht eine Folge der Entwicklung der knöchernen Brücke zwischen Schulterblatt und Wirbelsäule, sondern eine Hemmung, eine Pause des Evolutionsrhythmus des Embryos sei, dass die knöcherne Brücke als ein Element der Wirbelsäule anzusehen sei und dass die Verbindung mit der Scapula nicht die Funktion derselben, sondern die Folge der primär angeborenen Entwicklung beider Teile sei. **Buccheri** - Palermo.



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

42) **H. Ling Taylor.** Isolated fracture of the greater tuberosity of the humerus.

American journal of orthop. surg. 1908, Vol. V. 3. p. 312.

Verf. teilt zwei Fälle von isolierter Fractur des Tuberkulum majus humeri mit, die er nicht für ganz selten hält. Sie kann durch direkte oder indirekte Gewalt entstehen, und braucht in Fällen ohne starke Dislokation nicht beachtet zu werden, da sie von selbst wieder heilt und später keine Beschwerden verursacht. (?)

Ewald-Hamburg.

43) **Lozano.** Fractura supracondilea por flexión.

Rev. de Medic. y Cirug. pract. de Madrid. 7. II. 08, Nr. 1013.

Kasuistische Mitteilung eines Falles von Fract. supracondyl. humeri bei einem 10 jährigen Knaben, die mit einer Entzündung des Ellenbogengelenkes verwechselt worden war, aber trotz späten Eintritts in eine zweckmässige Behandlung noch mit guter Funktion ausheilte. **Stein**-Wiesbaden.

44) **M. Bassetta.** Pseudarthrose du condyle externe de l'humerus.

Revue d'orthop. 1908, 1, p. 81.

Die Prognose eines Abrisses des Condylus ext. humeri ist im allgemeinen günstig: er heilt in kurzer Zeit an und ist der Gelenkfunktion nicht hinderlich.

Von Pseudarthrosen des condyl. ext. sind bisher nur etwa ein Dutzend Fälle beschrieben. Bei einem 7 jährigen Kinde, das gefallen war, konnte klinisch und radiographisch der Condylus ext. in der Höhe des Radiusköpfchens festgestellt werden. Er war von vorn nach hinten leicht zu verschieben und hinderte sowohl Beugung als auch Streckung um etwa 40 Grad. Sonst machte er keine Beschwerden. **Ewald**-Hamburg.

45) **M. Jouon** (Nantes). Fractures du cubitus au tiers supérieur et au tiers inférieur compliquées de luxation de la tête du radius en haut et en dehors et de décollement de l' épiphyse inférieure du radius. — Très grande déformation de l'avant — bras. — Réduction exacte sous chloroforme. Excellent résultat anatomique et fonctionnel. (Fraktur der Ulna im oberen und unteren Drittel, kompliziert mit Luxation des Radiusköpfchens nach oben und aussen, und Lösung der unteren Radiusepiphyse. Sehr grosse Deformierung des Vorderarms. —



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Reposition in Chloroformnarkose. — Sehr gutes anatomisches und funktionelles Resultat.)

Revue d'orthop. 1908, 1, p. 77.

Die ganze Krankengeschichte ist in der Ueberschrift mit aller wünschenswerten Ausführlichkeit wiedergegeben.

Ewald-Hamburg.

46) **Lauterbach.** Ueber die Luxation des Nervus ulnaris.

Dissert. Leipzig 1907.

L. hatte Gelegenheit drei Fälle von Ulnarisluxation zu beobachten. Er kommt auf Grund dieser 3 Fälle und des Studiums der einschlägigen Literatur zu folgenden Schlüssen: Es gibt kongenitale und traumatische Luxationen dieses Nerven. Wenn kongenitale seltener beobachtet werden als traumatische, so liegt das seiner Ansicht nach daran, dass bei diesen infolge des Traumas fast immer eine Neuritis auftritt, während jene vollkommen symptomlos verlaufen können. L. hält es für wahrscheinlich, dass auch bei allen traumatischen Luxationen bereits eine Subluxation vorhanden war und dass durch das erlittene Trauma eine Neuritis erzeugt und so nun erst die Luxation manifest wurde. Ist erst einmal eine Neuritis aufgetreten, so genügt der kleine Reiz, der durch den Druck des Knochens und das Gleiten, auch schon bei einer Luxation, hervorgerufen wird, um die Neuritis zu unterhalten. Der operative Eingriff zeitigt immer die besten Resultate.

Blencke-Magdeburg.

47) **Aievoli** (Neapel). Sul concetto della patogenesi della contrattura palmare di Dupuytren.

Arch. di ortop. Bd. XXIV, Nr. 5—6.

Durch die Untersuchung einiger dem Grad und vor allem den sozialen und persönlichen Verhältnissen der einzelnen Patienten nach verschiedener Fälle von Kontraktur der Palmaraponeurose kommt Verf. zu einer pathogenetischen Deutung, die von der gegenwärtig gangbaren, dass jene Kontraktur Folge einer Läsion der Medulla, besonders der Syringomyelie sei, abweicht. Er legt alsdann die verschiedenen, von den zahlreichen Beobachtern aufgestellten Theorien dar und rückt bei Würdigung derselben ihre Widersprüche ins Licht.

Hiernach macht er auf die von den einzelnen Forschern wahrgenommenen besonderen histologischen Details aufmerksam und hebt unter Bezugnahme vor allem auf Langerhans hervor, dass in der feinen Strukturalteration der retrahierten Aponeurose Neubildungs-



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

prozesse der präexistierenden Bindegewebselemente vorherrschen, deren Ausgangspunkt die Adventitialscheiden der Gefässe bilden, gleichgiltig wo sich dieselben befinden und welches ihr Kaliber ist. Von hier aus breitet sich der Prozess nach einem Stadium der Herdproliferation aus und unter Form von neuem sklerotischem Gewebe, mit mehr und mehr wachsender Rarefaktion des Fettgewebes, Atrophie des elastischen Gewebes bekommt man ein Einwachsen von fast narbigen Faserbündeln und -strängen, welche die elegante normale Struktur der Aponeurose entstellen und alterieren. All dies durch traumatische Ursache. Er schliesst nicht aus, dass neben dem traumatischen Element der neurotrophische Einfluss sowie die Prädisposition und erbliche Belastung dazu beitragen können. **Buccheri**-Palermo.

48) **Kirmisson** (Paris). Des luxations consécutives à l'ostéomyélite de la hanche.

Revue d'orthop. 1908. Nr. 1, p. 31.

Nicht allzu selten kommen in frühester Kindheit im Anschluss an Entzündungen Hüftluxationen vor, die für angeborene gehalten werden können. K. teilt 8 Fälle mit, die er (ausser einem) selber beobachtet hat. In einem Falle (16 monatiges Kind) ist im zweiten Lebensmonat im Anschluss an eine Bronchitis ein Abszess oben an der Aussenseite des Oberschenkels aufgetreten, der indiziert wurde. Die Hüftluxation wurde an den gewöhnlichen Symptomen erkannt, das Kind starb an Konvulsionen und die Präparate (2 Abbildungen!) zeigen, dass die Pfanne völlig mit Knochenmasse angefüllt ist, und das Femur, dem Kopf und Hals fehlte, mit dem os ilei ein flaches wenig ausgedehntes Gelenk bildet.

Im übrigen wiederholen sich in allen Fällen dieselben Symptome. Immer gleicht der Befund und das Hinken genau dem bei der angeborenen Hüftverrenkung. Vor einer falschen Diagnose schützt aber die Anamnese (Infektionskrankheit in den ersten Lebensmonaten, Abszessbildung an der Aussenseite des Oberschenkels). Meist sind auch ein oder mehrere Narben an dieser Stelle sichtbar. Die schnelle Heilung des Abszesses, das Fehlen von grösseren Destruktionen sprechen gegen eine tuberkulöse Koxitis. Zwar ist oft Hals und Kopf zum grössten Teil verschwunden (Röntgenbild!), aber die Pfanne ist immer gut erhalten, weder angefressen oder zerstört wie bei Koxitis noch schlecht ausgebildet wie bei der kongenitalen Hüftverrenkung.

Von einer Behandlung kann man sich nicht viel versprechen, eben weil kein Kopf mehr da ist. In Frage käme bei starker Verkürzung die subtrochantere Osteotomie. **Ewald**-Hamburg.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

49) **Cuneo** (Mailand). Sulla pseudo-artrosi di Hoffa.

Arch. di ortop. Bd. XXIV, Nr. 5—6.

Verf. bespricht die Resultate bei 7 Patienten, welche in der orthopädischen Klinik zu Mailand von Prof. Galeazzi operiert und genügend lange verfolgt worden sind, um endgültige Schlüsse daraus ziehen zu können. Bis auf einige geringe technische Besonderheiten war die eingeschlagene Operationsmethode die von Hoffa vorgeschlagene. Eine wesentliche Abweichung besteht in der vorderen Inzision zwischen den Muskelzwischenräumen, derart, dass jede Verletzung dieser vermieden wird. Im Unterschied zu dem Autor vernäht er die Muskel-Fascienlagen und die Haut sofort. Gipsverband für ganz wenige Tage, es wird sofort ein Gürtel nach Lange substituiert, welcher der Extremität eine relative Beweglichkeit lässt.

Aus der aufmerksamen Untersuchung ergibt sich: Die durch das Vorspringen des Trochanters gegebene Deformität der Hüfte und der Seite korrigiert sich; die Schmerzen am Hüftgelenk hören auf, die statischen Verhältnisse der Extremität werden bessere. Die Lumbarlordose wird, wenn nicht vollständig, so doch in erheblichem Masse korrigiert.

In einigen Fällen persistiert lange Zeit hindurch ein Zustand der Kontraktur in Flexion, verbunden zuweilen mit einem gewissen Grad von Rotation nach aussen.

In wenigen Fällen gestattet die Operation der Extremität eine relative Beweglichkeit, in der Mehrzahl der Fälle besteht eine ausgesprochene Tendenz zur Ankylose, was den Namen, den man der Operation hat geben wollen, nicht rechtfertigt.

Buccheri-Palermo.

50) **Derscheid - Delcourt.** Le traitement de la luxation congénitale de la hanche par la réduction manuelle.

La pathologie infantile. 1908, 1, p. 1.

Verfasserin berichtet allgemein Bekanntes über die unblutige Behandlung der angeborenen Hüftluxation. Die 6 ausführlich mitgeteilten Krankengeschichten bieten ebenfalls nichts Bemerkenswertes.

Ewald-Hamburg.

51) E. J. **Wynkoop.** Die Extensionsbehandlung bei Hüftgelenksentzündung im Kindesalter.

Archives of Pediatrics 1908. H. 3.

Befürwortung der Extensionsmethode während des akuten Stadiums. Der kurze Artikel bringt nichts Wesentliches.

Neter - Mannheim.


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

52) **P. Mauclaire** und **E. Olivier** (Paris). La coxa valga et ses variétés.

Archives générales de Chirurgie. 1908, 1, p. 1.

Nach normal-anatomischen und historischen Vorbemerkungen definieren die Autoren die Coxa valga als eine Hüftaffektion, die charakterisiert ist durch eine Valgusstellung der ganzen unteren Extremität und eine anormale Richtung des Schenkelhalses. Danach unterscheiden sie: die einfache Hypoflexion des Schenkelhalses, die Hypoflexion vergesellschaftet mit Anteversion oder Retroversion.

Aus der Literatur werden 25 Fälle von Coxa valga, wo der Neigungswinkel (normal 128°) gemessen wurde, zusammengestellt. (Neigungswinkel 132 bis 180°.) Hinzugefügt wird die kurze Beschreibung von 13 Knochenpräparaten aus dem Museum Dupuytren, sämtlich doppelseitige „Coxae hypoflectae" (6 schematische Figuren, Neigungswinkel 140—160°). Neunmal lag in diesen Fällen Hydrozephalus vor, viermal andere Erkrankungen (Lux. coxae cong., Rachitis, Collumfraktur, Tuberkulose).

In der darauf folgenden Besprechung unterscheiden die Verfasser:

1. Eine kongenitale Coxa valga (meist verbunden mit Lux. coxae cong. [8 eigene Beobachtungen] oder mit Hydrozephalus, ein klinischer Fall).

2. Eine erworbene Coxa valga:

a) nach Knochenerkrankungen (Osteomyelitis, Achondroplasie [1 Beobachtung], Osteomalacie, Rachitis, Exostosen, Tuberkulose);

b) nach Collumfrakturen und traumatischen Epiphysenlösungen.

3. Eine statische Coxa valga bei Skoliosen (1 Beobachtung von rachitischer Skoliose), bei Knieankylosen, Amputationen, Genu valgum (3 Mal beobachtet), Klumpfuss, Lähmungen, langer Bettruhe.

Behandlung bei beginnender Coxa valga: Immobilisation durch Gipsverband in Adduktion und Innenrotation. In schwereren Fällen subtrochantere Osteotomie. **Ewald**-Hamburg.

53) **Barnsby** und **Tillaye** (Tours). Coxa vara traumatique consécutive à une fracture méconnue du col du fémur.

Revue d'orthop. 1908, 1, p. 85.

Ein 26 jähriger Trambahnschaffner sprang vom fahrenden Wagen, spürte sofort einen heftigen Schmerz in der linken Hüfte, fiel hin und konnte das linke Bein nicht mehr bewegen. Ausser Schmerzen in der ganzen Hüftgegend kein klinisches Zeichen, das auf eine Fraktur hindeutete. Nur die Abduktion war beschränkt.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Man glaubte an eine einfache Kontusion, es wurden Bewegungsversuche gemacht, zunächst passive, dann aktive. 6 Wochen nach dem Unfall versuchte Pat. zu laufen, was ohne grosse Schmerzen gelang. Nach weiteren 6 Wochen hinkte Pat. nur noch leicht, wurde entlassen, kam aber nach einigen Monaten wieder, weil er nach einigen Minuten Gehens ermüdete.

Das linke Bein ist jetzt stark atrophiert und um 2 cm verkürzt. Der Trochanter major steht 2 cm oberhalb der Roser-Nélatonlinie. Das linke Bein lässt sich in der Hüfte nicht völlig beugen, die Abduktion ist fast unmöglich. Der Trochanter major springt bei aufrechtem Stehen stark vor, das Bein steht in Adduktion und Aussenrotation. Aus diesen Symptomen der Coxa vara, die durch das Röntgenbild bestätigt wird, schliessen die Autoren auf eine früher stattgehabte übersehene Fraktur des Schenkelhalses, der in den Trochanter eingekeilt wurde. **Ewald**-Hamburg.

54) **W. E. Gallie.** Die Behandlung der fractura colli femoris durch Immobilisation in Abduktion.

The Canada Lancet, vol. XLI. 1907. Nr. 1, p. 9.

Nach Gazette des hôpitaux. 1908. Nr. 6, p. 68.

Bei der Nachuntersuchung von 500 alten Femurhalsfrakturen fiel dem Autor die häufig bestehenbleibende Schmerzhaftigkeit und das Hinken auf. Besonders waren die Fälle affiziert, wo eine Einkeilung der Fragmente, also eine spätere Coxa vara vorgelegen hat. Der Hals musste in solchen Fällen osteotomiert werden und ein Gipsverband in Abduktion und Innenrotation angelegt werden. Der Erfolg dieser Behandlung hat G. und andere dazu geführt, sofort nach der Fraktur einen derartigen Gipsverband anzulegen und eine etwaige Einkeilung der Fragmente sofort zu lösen. Der Gipsverband wird nach Art derjenigen bei angeborener Hüftverrenkung in Abduktion von 50° und leichter Innenrotation angelegt. Erst nach 4 Monaten wird das Bein selbst wieder belastet. Gute Resultate (Röntgenbilder). **Ewald**-Hamburg.

55) **A. H. Freiberg.** Das schlaffe Kniegelenk (the relaxed Knee-joint).

Am. Journ. of the Medic. Sciences. Mai 1908.

Freiberg kommt zu folgendem Resumé:

1. Viele Fälle von sogen. „funktionellen“ Kniebeschwerden finden ihren Grund in der reflektorischen Atrophie des Quadriceps nach einem Trauma.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2. Für diese Fälle ist die Bezeichnung „schlaffes Kniegelenk“ am Platze.

3. Der Unfall kann so unbedeutend sein, dass seine ätiologische Beziehung zu dem Krankheitsbild übersehen werden kann.

4. Die in diesen Fällen auftretende Atrophie ist durch die Inaktivitäts-Theorie nicht genügend erklärt.

5. In den angeführten Fällen erzielt man die Heilung durch eine Wiederherstellung des Quadriceps zu seiner normalen Stärke.

6. In einigen Fällen jedoch nimmt die Heilung so lange Zeit in Anspruch, dass man zu der Annahme berechtigt ist, es handele sich hier um eine organische Schädigung des Zentral-Nervensystems.

7. In derartigen Fällen kann die definitive Heilung nur von Mitteln erwartet werden, die nicht nur sich auf periphere Einwirkungen beschränken, sondern direkt sich gegen die Schädigung des Zentral-Nervensystems richten. **Max Böhm** - Berlin.

56) **Oskar Hanasiewicz.** Ein Beitrag zur operativen Behandlung veralteter Patellarfrakturen.

Wiener med. Wochenschr. 1908. Nr. 9.

Verf. berichtet über einen durch Naht der Fragmente geheilten Fall von Patellarfraktur, der drei Monate nach der Entstehung in seine Behandlung kam und erörtert im Anschlusse die heute gebräuchlichsten Methoden zur Behandlung der frischen Kniescheibenverletzungen. **Spitzy** - Graz.

57) **Boing.** Subkutane Zerreissung des Ligamentum patellare proprium.

Dissert. Leipzig 1907.

B. hatte Gelegenheit, einen Fall von Zerreissung des Ligamentum patellare proprium zu beobachten, der den Anlass zu der vorliegenden Arbeit gab, in der er einen Ueberblick über den augenblicklichen Stand der Frage dieser Verletzung gibt. Er tritt warm für die operative Behandlung ein, weil durch dieselbe die Heilungsdauer und die Immobilisierung des Gelenkes wesentlich abgekürzt wird, was natürlich nicht zu unterschätzende Vorteile mit sich bringt. Ferner bringt die Operation immer eine vollständige Heilung, was man von der unblutigen Behandlung nicht sagen kann, da infolge von Interposition von Weichteilen und infolge Umrollens der Rissenden diese nicht immer miteinander verwachsen. Auch in veralteten Fällen kann man mit der Naht nach Anfrischung der Wundränder vollständige Wiederherstellung erzielen und B. empfiehlt zur Naht Metalldraht, da



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bei Nachuntersuchungen öfter am Ligament eine Verknöcherung gefunden wurde, die stärker zu sein pflegte, wenn Katgut zur Naht genommen war. Diese Verknöcherung hatte übrigens nie einen nachteiligen Einfluss ausgeübt. **Blencke**-Magdeburg.

58) **R. B. Osgood** (Boston). The comparative strength of the adductor and abductor groups in the foot.

American journal of orthop. surg. 1908, Vol. V, 3, p. 298.

O. hat mit einem Apparat, dessen Beschreibung im Referat nicht angängig ist, an gesunden und an Plattfüssen die Kraft der Supinatoren und Pronatoren vergleichsweise untersucht. Er fand, dass normalerweise die Supinatoren überwiegen, beim Plattfuss jedoch die Pronatoren. Mit dem Apparat empfiehlt er Uebungen zur Kräftigung der Supinatoren zu machen, womit er gute Erfolge erzielt haben will. **Ewald**-Hamburg.

59) **Giribaldo.** Un caso de Makromegalia: hipertrofia congenita del segundo dedo del pie derecho.

Rev. Medica del Uruguay 1907. Nr. 7.

In der durch sehr interessante Abbildungen erläuterten Arbeit wird ein Fall von angeborener Hypertrophie der rechten 2. Zehe bei einem 7 jährigen Mädchen geschildert, deren Dimensionen alle bisher publizierten Fälle weit hinter sich lässt und daher grosses Interesse verdient. Die Länge der betreffenden Zehe betrug nämlich 15 cm (gegen 3 cm am andern Fuss), der Umfang war 10 cm (gegen 3 cm am andern Fuss). Das Röntgenbild ergab lediglich auch eine entsprechende Hypertrophie des Knochengerüstes. — Die Zehe war hakenförmig auf den Fussrücken zurückgebogen. — Irgendwelche schmerzhafte Symptome waren nicht vorhanden. Schon bei der Geburt des Kindes war eine leichte Vergrösserung der betr. Zehe bemerkt worden. Die Operation erfolgte aus ästhetischen Gründen und die Heilung verlief ohne Komplikation.

Stein-Wiesbaden.

60) **Bassetta** (Paris). Amputations congénitales, sillons congénitaux et pieds bots.

Revue d'orthop. 1908, 1, p. 45.

Eine 43 jährige Frau, die sich wegen angeborener Klumpfüsse vorstellt, erzählt, dass ihre Geburt schwierig war, und dass mehrere Bänder und Schlingen, u. a. auch die Nabelschnur den Neugeborenen umgeben und eingeschnürt hatten. Einzelne Bänder, namentlich die, welche um die Finger der linken Hand lagen,



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mussten mit dem Messer durchtrennt werden. Die Klumpfüsse wurden öfter mit Tenotomien, Redressement, Apparaten und Stiefeln behandelt, jedoch ohne Dauererfolg.

Die rechte Hand hat vom Zeigefinger nur das halbe Grundglied, an der entsprechenden Stelle des Mittelfingers eine Schnürfurche, ebenso am Daumen. Die Funktion der Hand ist gut.

An beiden Beinen besteht ein hochgradiger Klumpfuss, rechts fehlt die kleine Zehe, links ist in der Mitte des Unterschenkels eine breite zirkuläre Furche zu konstatieren, an der 2. Zehe fehlt eine Phalange, an der 5. ein Teil des Endglieds.

B. bespricht die französische und italienische einschlägige Literatur und kommt zu folgenden nicht ganz neuen Schlüssen:

Die Amputationen und Schnürfurchen sind durch amniotische Stränge hervorgerufen, die die Glieder in einer Zeit einschnürten, als die morphologische Entwickelung schon vollendet war.

Die Klumpfüsse sind das Resultat einer Uterusenge oder amniotischer Verwachsungen, die sich namentlich am kaudalen Teil des Embryo gebildet hatten. Sie haben die Füsse in ihrer fehlerhaften Stellung immobilisiert.

Folglich können alle Missbildungen bei der Patientin auf eine exogene, mechanische Ursache zurückgeführt werden.

Ewald-Hamburg.

61) **Trömner** und **Preiser** (Hamburg). Frühfrakturen des Fusses bei Tabes als Initialsymptom.

Mitt. a. d. Grenzg. d. Med. u. Chir. 18. Bd, H. 5.

39jähriger Mann, erblich nicht belastet, frei von Lues und Alkoholismus erlitt am linken Fuss ein leichtes Trauma, das ihn nicht hinderte, noch 5 Wochen seinen Dienst als Kassenbote zu verrichten, dann veranlassten ihn zunehmende Schwellung des linken Fusses, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Es fand sich der Fuss geschwollen, Malleolengabel stark verdickt, Beweglichkeit nicht behindert. Das Röntgenbild zeigte völlige Zertrümmerung fast aller Fusswurzelknochen und starke periostitische Knochenauflagerungen am unteren Tibia- und Fibulaende. Reflexe, Sensibilität, Muskel- und Gelenksinn waren normal. Entlassung mit Plattfusseinlage. Nach 9 Monaten Oedem des Fusses und brettharte Infiltration des Unterschenkels. 2 Monat später verknickte sich Patient den Fuss wieder. Röntgenaufnahme ergab Luxation des Talusfragmentes auf die Aussenseite der Fibula, enorme periostitische Auflagerungen des unteren Fibulaendes, Ossifikationen in den Weichteilen vor der


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tibia, Fehlen des linken Knie- und beider Achillesreflexe. Ein halbes Jahr später waren deutliche Tabessymptome vorhanden und zwar linksseitig stärker als rechts.

Das vom Gewohnten Abweichende dieses Falles liegt:

1. in dem initialen Auftreten der durch das Trauma allein nicht genügend erklärten Frakturen vor anderen Tabeszeichen.

2. In der Knochenunempfindlichkeit.

3. In dem Einfluss des Traumas auf den nervösen Degenerationsprozess. **Streitz**-Heidelberg.

62) **Reismann** (Haspe). Noch einmal zur Lehre von der Luxatio pedis sub talo mit kritischen Bemerkungen über die Arbeit des Dr. Schlagintweit in dieser Zeitschrift Bd. 88.

Deutch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 91, Heft 5—6, Pag. 601.

R. unterzieht die vier von Schlagintweit publizierten Fälle von reiner Talusluxation einzeln einer sehr kritischen Durchsicht und kommt zu dem Ergebnis, dass Schl. in Fall 2, 3 und 4 Talusluxation und Fussluxation unter dem Talus miteinander verwechselt. In allen 4 Fällen handelt es sich um eine Luxatio pedis sub talo nach innen und hinten, mit Ausnahme des Fall 2, der eine Luxatio pedis sub talo lediglich nach innen darstellt. **Stoffel**-Heidelberg.

Kongressberichte, Vereinsnachrichten etc.

63) **Hannecart** (Bulletin médical des Accidents du Travail. 15. Janvier 1908)

spricht in der Association médicale belge des Accidents du Travail Séance du 21. XII. 1907 über die Knochenverbolzung der Frakturen nach Depage.

Das Verfahren ist vorzüglich für Diaphysen-Frakturen, aber erst 14 Tage nach der Verletzung, wenn das Hämatom resorbiert ist. Bis dahin wird in Narkose ein Gypsverband angelegt. Ergibt sich nach Ablauf der genannten Frist im Röntgenbild ungenügende Reposition der Fragmente, so wird die Verbolzung ausgeführt. Bei Epiphysen-Frakturen ist die Verschraubung nach Lambotte vorzuziehen.

Maffei hält ein Zuwarten von einer Woche für genügend. Gyselinck nimmt einen vermittelnden Standpunkt ein. Poëls hält die Osteo-Synthesis für angezeigt in jedem Fall, wo Reposition



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und Fixation der Fragmente auf gewöhnliche Weise unmöglich erscheint, also bei doppelten Diaphysenbrüchen, bei para- und intraartikulären Frakturen. **Kaisin**-Floreffe.

64) **Gangolphe.** Société de chirurgie de Lyon. November.
Arch. gén. de Chir. 1908. p. 137.

G. demonstriert einen Fall von intermittierendem Hinken und glaubt, dass dieses in einer Störung der Blutzirkulation seine Ursache habe und am häufigsten auf Endarteriitis syphilitica zurückzuführen sei. So hatte auch in seinem Fall eine antisyphilitische Kur einen überraschend schnellen Erfolg.

In der Diskussion bedauert Aubert, dass kein Tierarzt anwesend sei; bei den Pferden sei das intermittierende Hinken sehr häufig.

Condamin erwidert, dass auch bei Pferden eine Arteriitis am Hinken Schuld sei. **Ewald**-Hamburg.

65) **Ernst Mayer.** Allgem. ärztl. Verein zu Köln. 21. X. 1907.
Münch. med. Wochenschr. 1908, 3, S. 144.

Plattfussbeschwerden und deren Behandlung.

M. beschreibt die Lokalisation der Plattfussbeschwerden, die an allen Stellen der Fusswölbung auftreten, sich aber auch auf die ganze untere Extremität erstrecken können. Eine Anzahl selbständig beschriebener Krankheitsbilder, wie Achillodynie, Metatarsalgie u. a. stehen nach M.'s Meinung in engem ursächlichem Zusammenhang mit Plattfuss.

Die Ursache ist ein Missverhältnis zwischen statischer Inanspruchnahme und statischer Leistungsfähigkeit des Fussgewölbes (daher so oft Plattfussbeschwerden in der Schwangerschaft).

Vortr. bespricht die Behandlung des fixierten Plattfusses mit Verbänden, Einlagen, Massage und Gymnastik.

Cahen hält die Metatarsalgie doch für eine eigene Krankheit.

Vorschütz glaubt, dass der Plattfuss der Schwangeren nicht mit der Mehrbelastung zusammenhänge, sondern durch die Eigentümlichkeit des Ganges bedingt sei. Er wendet bei der Plattfussbehandlung eine vierwöchige Massage und Gymnastik an, weil er glaubt, dass die Schwäche der Muskulatur die Hauptursache sei.

Dreesmann wendet sich gegen diese Ansicht und führt den Plattfuss ebenfalls auf statische Ursachen zurück.

Ewald-Hamburg.


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Personalnotiz.

Prof. Joachimsthal-Berlin ist zum Direktor der orthopäd. Universitätspoliklinik ernannt worden.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. II. September 1908. Heft 9.

Vorläufige Mitteilung über „Konzentrische" Gelenkstützapparate.

Von

Dr. HUGO LEON LAZARUS.

Jedes Gelenk hat seinen geometrischen Punkt, um den sich sämtliche regelmässigen Bewegungen vollziehen. Würde man nun auf ein Gelenk einen Verband oder richtiger eine orthopädische Vorrichtung anlegen, welche ebenso wie jedes Gelenk aus zwei Hauptteilen, nämlich aus Pfanne und Kopf besteht, würde man dann diese Teile fest und unverrückbar an die analogen Bestandteile des anatomischen Gelenkes befestigen, jedoch so, dass der geometrische Drehpunkt der angelegten Vorrichtung mit demselben Punkt des anatomischen Gelenkes vollständig kongruiert, so würde

1. die angelegte Vorrichtung nicht nur nicht im geringsten die normalen Bewegungen des Gelenkes beeinträchtigen, sondern, was das wichtigste ist,

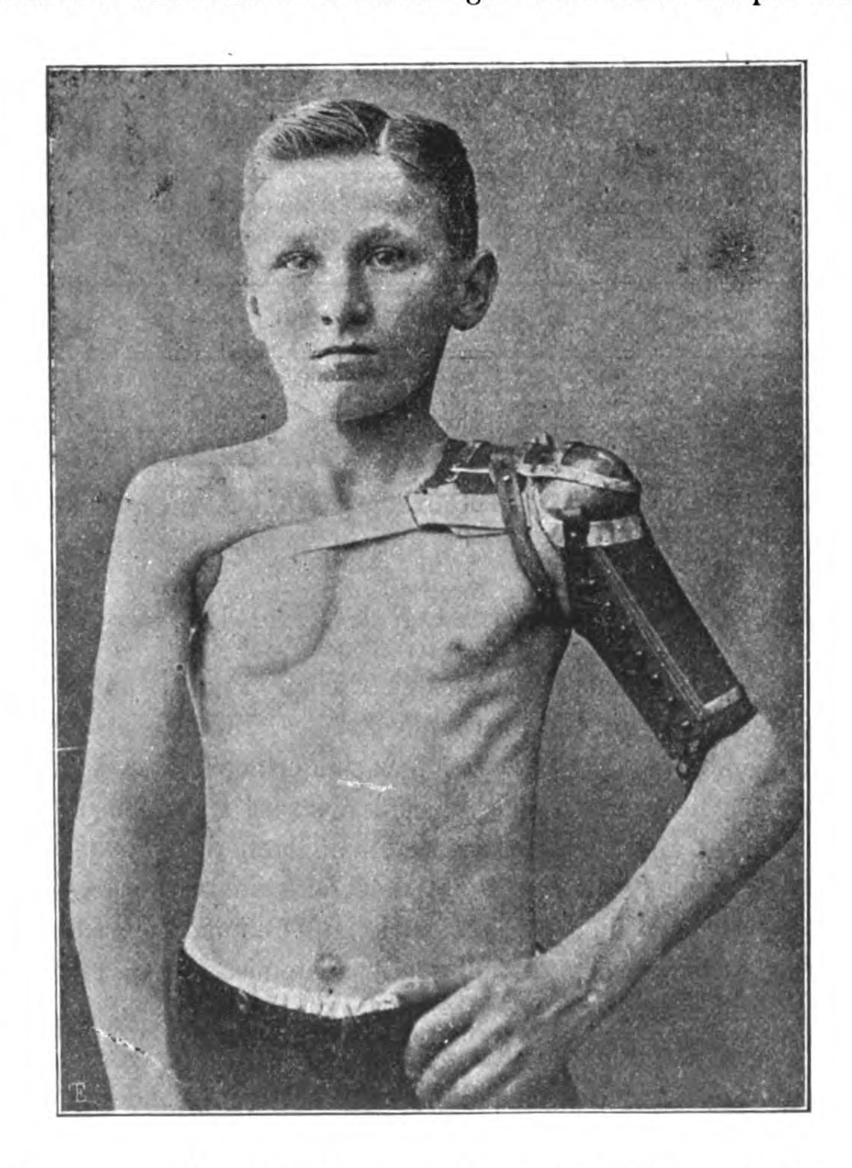
2. jeglichen unregelmässigen Bewegungen vorbeugen. Denn in dem Augenblick, in dem durch die Verschiebung des Kopfes in der Pfanne sich der Drehpunkt des Gelenks im Verhältnis zum geometrischen Punkt des Apparates verschoben hätte, wäre jede weitere Bewegung in abnormer Richtung unmöglich geworden.

Einen solchen Apparat, von welchem man paradoxal sagen könnte, dass er das Gelenk fixiere, aber nicht immobilisiere, ist es


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mir nun gelungen, zugleich für das Schulter- und für das Hüftgelenk zu konstruieren.

Die beigefügten Abbildungen I und II veranschaulichen diese zwei Vorrichtungen, deren Funktion und Handlichkeit, welche den vorstehenden theoretischen Betrachtungen vollkommen entsprechen, ich

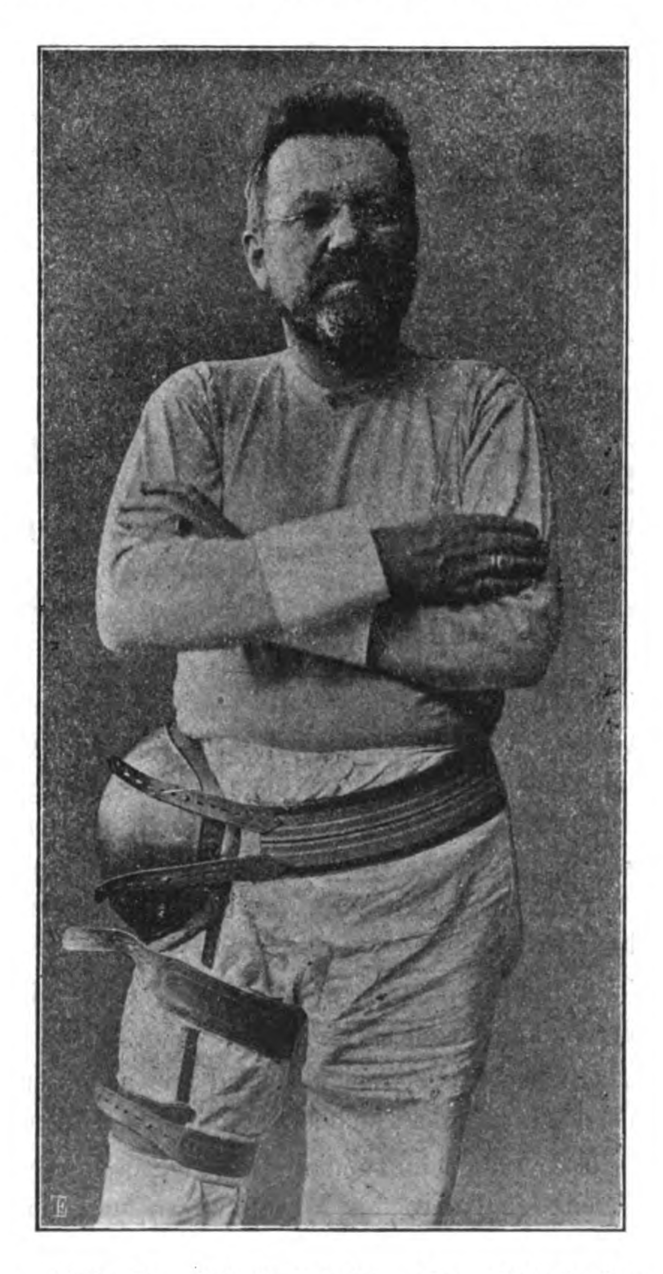


bereits an gesunden Gelenken erprobt und bestätigt gefunden habe. Von einer ausführlichen und detaillierten Beschreibung dieser Apparate nehme ich in diesem Augenblick Abstand. Wohl aber möchte ich auf das beiden Apparaten gemeinsame Grundprinzip näher eingehen, wobei ich auf die Zeichnung III aufmerksam mache, welche in schematischen Umrissen das Gelenk mit angelegtem „konzentrischen Stützapparat“ darstellt.

Generated on 2019-06-08 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Punkt O ist der gemeinsame Drehpunkt des Gelenks, welches aus der Pfanne A und dem Kopf B besteht, und des Apparates. Dem Gelenkkopf entspricht im Apparat ein den Verhältnissen nach ausgeschnittener Teil der Kugel B_1 B_2, der durch die Vorrichtung



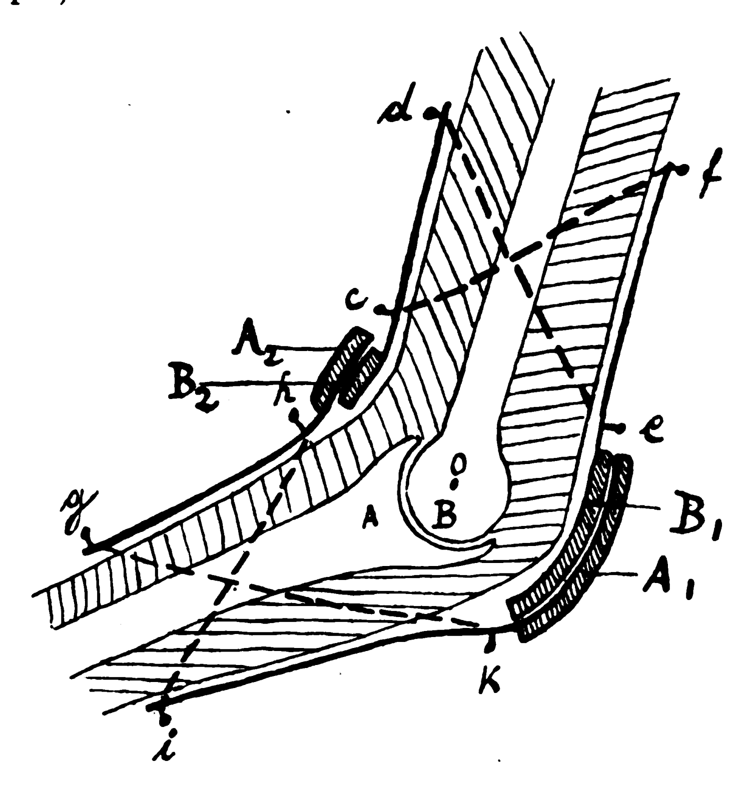
c, d, e, f am Gelenkkopf befestigt ist. Der Gelenkpfanne entspricht der andere Teil des Apparates A_1 A_2, der den vorigen Teil umfasst, indem er gleichfalls ein Abschnitt oder Ausschnitt einer Kugel ist, welche mit der ersteren vollkommen konzentrisch ist und nur einen etwas längeren Radius hat. Auch dieser Teil ist mittels der entsprechenden

Digitized by

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vorrichtung g, h, i, k fest und unverrückbar an der Gelenkpfanne befestigt (im Verhältnis zum entsprechenden Teil der Extremität oder des Rumpfes).



Beim Anlegen des Verbandes müssen wir ihn vor allem in „harmonische Uebereinstimmung" mit dem Gelenk bringen, d. h. so anlegen, dass der Drehpunkt des Apparates und der Drehpunkt des Gelenkes vollständig identisch sind. Erst nachdem diese „Harmonie" geschaffen ist, fixieren wir die ganze Vorrichtung mittels der bereits erwähnten Schnürvorrichtung.

Diese Vorrichtungen können sowohl in der Chirurgie wie in der Orthopädie Verwendung finden:

1. bei Luxationen (angeborenen sowohl wie acquirierten),
2. als Hilfsapparat bei der Nachbehandlung nach Gelenkresektionen.

In allen diesen Fällen immobilisieren wir, bisweilen gegen unseren Willen, das Gelenk so lange, bis Verkürzungen und dauernde Veränderungen in der Gelenkkapsel, in den Bändern und Muskeln oder sogar Verwachsungen der Sehnen mit den Sehnenscheiden eintreten. Ich glaube, dass die beschriebenen Vorrichtungen, indem sie die erforderliche Immobilisierung der Gelenke auf das Minimum reduzieren, imstande sein würden, jenen Komplikationen vorzubeugen, die stets eine längere und umständliche orthopädische Behandlung erheischen



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und bisweilen das Ergebnis der Operation beeinträchtigen. Schon einige Tage nach Beseitigung der Luxation oder nach Resektion des Gelenkes, dessen Beweglichkeit wir erhalten möchten, könnten wir den „konzentrischen Stützapparat" anlegen und mit aktiver wie passiver Gymnastik anfangen, ohne zu befürchten, dass während der Bewegungen sich das gegenseitige Verhältnis der Gelenkoberfläche verschieben wird. Denn dank der Elastizität des Apparates würde, falls eine Verschiebung eintreten sollte, sich diese sofort selbst korrigieren.

Ohne abzuwarten, ob die Erfahrung die Richtigkeit der zuletzt vorgebrachten Annahmen bestätigen oder widerlegen wird, bringe ich die ganze Angelegenheit in ihrer vorläufig noch unvollständigen Form zur öffentlichen Kenntnis, um auf diese Weise mir das Autorrecht zu wahren und bemerke, dass ich die bereits vorhandenen zwei Apparate nach meinen Angaben von der Firma A. Tischler in Wien (Bennoplatz 4) konstruieren lasse.

Vogt. Jugendspiele an den Mittelschulen.

München 1907. Verlag der Aerztlichen Rundschau.

Verf. wendet sich als Lehrer an die Eltern. Er macht auf den erzieherischen und gesundheitlichen Wert der Jugendspiele aufmerksam. Er weist als Mann von Erfahrung darauf hin, dass trotz der häuslichen Arbeiten keine Ueberbürdung, wie sie vielfach auch von Aerzten angenommen wird, besteht, und dass bei sachgemässer Zeiteinteilung noch genügend Musse für Spiele im Freien übrig bleibt. Mit Freuden ist es zu begrüssen, dass Verf. auch gegen eine Beteiligung an sportlichen Wettkämpfen in Vereinen auftritt. **Meyer**-Heidelberg.

1) **Kirchner.** Die Architektur der Metatarsalien des Menschen.

Archiv für Entwicklungsmech. d. Organismen. XXIV. Bd., 4. Heft.

Verf. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Ergebnissen:

1. Metatarsale II—V einerseits und Metatarsale I andererseits zeigen eine verschiedene Struktur infolge ihrer verschiedenen Beanspruchung beim Gehakt.

2. Bei Metatarsale II—V finden sich entsprechend der nacheinander stattfindenden Beanspruchung auf Druck und Zug Trajektoriensysteme, in der Längsrichtung des Knochens verlaufend, am stärksten in M. V in Gestalt einer Biegungskonstruktion.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

3. Die Druckübertragung innerhalb des Basalteils M. V geschieht durch eine Struktur ähnlich der des Kalkaneus, entsprechend der ähnlichen Beanspruchung beim Aufsetzen des Fusses beim Gehen und einbeinigen Stehen. Innerhalb der M. II—V findet die Druckübertragung in den Basalteilen durch Platten statt, die rechtwinklig zu den seitlichen Gelenkflächen stehen.

4. Beim Stehen geschieht die Druckübertragung bei den M. II—V durch sagittal stehende Platten. Bei M. V finden sich Platten in ähnlicher Richtung.

5. Am Treffpunkt der sub 3 und 4 genannten Platten findet sich oft eine tubulöse Struktur als wichtiges Moment der Druckübertragung in der Längsrichtung.

6. M. III wird hauptsächlich beim zweibeinigen Stehen beansprucht, deshalb schräge, sich kreuzende Züge im plantaren Abschnitt des Basalteils.

7. M. I hat die Struktur eines kurzen Knochens. In der distalen Hälfte lagern sich um eine konische Markhöhle Tubulirechen, in der Knochenlängsrichtung verlaufend, getrennt durch Lamellen. Die proximale Schafthälfte vollkommen mit Spongiosa angefüllt, deren Züge der dorsalen und tibialen Wand parallel verlaufen. Das M. I kann dadurch bei der Abwicklung des Fusses grossen Druck aushalten.

8. M. II wird als Hilfsstütze bei der Abwicklung des Fusses gebraucht, deshalb starke Entwicklung der Compacta auf der tibialen Seite des M. II.

9. Die Markhöhle bei M. II—V liegt im proximalen Abschnitt.

10. Die Spongiosa nimmt in der Regel in der distalen Schafthälfte vom M. V nach dem M. II hin an Menge ab.

11. M. V hat plantarwärts in der Markhöhlengegend die stärkste Compacta, M. II—IV am proximalen Schaftende dorsal-tibial, bei M. I überall ziemlich gleich.

12. M. II ist fast immer stärker als III, M. IV häufig stärker als III und M. V sehr häufig stärker als M. IV.

13. Der Querschnitt des Schaftes bei M. III und IV ähnelt einer Ellipse, bei M. V proximal einem Dreieck, in der Mitte einem Kreis, distal einem Viereck, bei M. II proximal einem rechtwinkligen Dreieck, distal einem Viereck, ähnlich so bei M. I.

14. Die Struktur der einzelnen Metatarsalien kann bei verschiedenen Individuen sehr verschieden sein.



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die der übersichtlichen Arbeit beigegebenen Skizzen und Röntgenbilder erleichtern das Verständnis sehr, andererseits gestattet die Arbeit auch wiederum wichtige Rückschlüsse auf die Physiologie des Gehaktes. **Meyer**-Heidelberg.

2) **Böker.** Zur Kenntnis der Varietäten des menschlichen Fussskeletts.

Berl. klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 10. S. 499.

B. trennt scharf die Sesambeine von den überzähligen Tarsalien. Er definiert den Begriff des Sesambeins 1) als Accessorien, die einem Gelenk zwischen 2 Skelettstücken ansitzen und mehr oder weniger in der Gelenkkapsel eingeschlossen, mit einer oder zwei Facetten artikulieren, 2) als Gebilde, die typische Form und Grösse haben, wenn sie konstant sind, und, wenn inkonstant, rudimentär an Grösse und abortiv in der Form sind, 3) als Skelettstücke, die knorpelig präformiert, enchondral ossificieren.

Dagegen haben überzählige Tarsalia als Charakteristica 1) das Bestreben, sich einem konstanten Nachbarknochen in der Weise anzuschliessen, dass sie mit ihm ein echtes Gelenk oder eine Verschmelzung (Koalescenz) bilden. 2) die Neigung zur Abwanderung. 3) Wechselnde eigne Gestalt und Form je nach der Lage zum benachbarten konstanten Skelettstück. 4) Sie lassen sich durch die Säugetierreihe verfolgen.

Kasuistisch teilt B. einen Fall mit, wo bei einem 50 jährigen Mann 2 Jahre nach einer Quetschung des Fussrückens wegen starker Schmerzen, da sich kein klinischer Befund zeigte, eine Röntgenaufnahme gemacht wurde. Es fand sich in dem Winkel zwischen Articulatio calcaneo-cuboidea ein zweigeteiltes, spindelförmiges Knochenstück, das dem Calcaneus näher liegt als dem Cuboid, von der Grösse eines Senfkorns. B. erklärt das Gebilde, trotzdem der Gedanke an einen traumatischen Prozess naheliegt, für das sog. Sesambein der Endsehne des M. peroneus longus. B. hält die Bezeichnung os peroneum für richtiger, da noch nicht bewiesen ist, dass es beim Menschen knorpelig präformiert ist, dagegen existiert das os peroneum beim Affen.

Meyer-Heidelberg.

3) **Reinhardt.** Ueber Pleiodaktylie beim Pferde.

Dissert. Giessen. 1908.

R. beschreibt in der ausführlichsten Weise vier Präparate von mehrzehigen Pferden, die ihm zwecks Untersuchung aus dem anatomischen Institut der tierärztlichen Hochschule zu Stuttgart zur Verfügung gestellt waren. Auf Grund dieser seiner Untersuchungen ist



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

er zu der Ansicht gekommen, dass alle vier Fälle durch Teilung entstanden sind, hervorgerufen durch ein Hindernis, welches während der frühesten Embryonalperiode vom distalen Ende der Gliedmasse her auf die noch nicht differenzierten Teile teils spaltend, teils drückend parallel der Gliedmassenachse eingewirkt hat.

Blencke-Magdeburg.

4) **Hohmann** (München). Zur Aetiologie und Pathologie von Klumphand und Klumpfuss.

Zeitschr. für orthopäd. Chirurgie. 19. Bd. 2.—4. H. S. 518.

Verf. hatte Gelegenheit vier Fälle von Klumphand und Klumpfuss zu beobachten, die mit Genu recurvatum kombiniert waren. Bei 3 der Kinder hatte intrauterin resp. bei der Geburt eine maximale Flexionsstellung der Hüfte mit Streckstellung der Beine bestanden, bei zweien davon kombiniert mit Steisslage und Fruchtwassermangel. Knochendefekte waren in keinem Falle vorhanden. Das gleichzeitige Vorkommen von analogen Deformierungsprozessen an Hand und Fuss sowie die fötale Haltung, die sich auch bei einem der Fälle ohne Zwang rekonstruieren liess, sprechen nach Ansicht des Verf. für eine Entstehung der Deformitäten durch Raumbeengung in utero. Für eine neurogene Entstehung oder für die Theorie des Keimfehlers ergaben die Fälle keinen Anhalt. Im Nachtrag bringt H. noch zwei weitere Fälle, die in ihrem gleichartigen Verhalten ebenfalls einen Beweis für die Entstehung derartiger Deformitäten durch Raumbeengung in utero bilden.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

5) **Pannenborg.** Ueber hereditäre, multiple, kartilaginäre Exostosen.

Dissert. Greifswald. 1908.

P. berichtet über vier Mitglieder einer sogen. Exostosenfamilie, die Tilmann schon im Jahre 1898 kurz erwähnt hatte und die dann in einer Dissertation von Stolzenburg näher beschrieben wurde. Von den sieben Kindern waren damals die beiden jüngsten noch frei von Exostosen und zeigten nur zahlreiche rhachitische Veränderungen. Es erschien deshalb dem Verf. nicht uninteressant, zu erfahren, ob diese Kinder nicht auch Exostosen bekommen hatten, und deshalb erschien ihm eine erneute Untersuchung zur Ergänzung der damaligen Befunde, besonders auch mit Hülfe des Röntgenbildes, wertvoll, das damals noch keine Verwendung gefunden hatte. Das ältere Kind hatte zahlreiche Exostosen bekommen, das jüngere dagegen nicht. Bei diesem einzigen exostosenfreien Gliede



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der ganzen Geschwisterreihe bestand ein Basedowkropf, so dass nach des Verf. Ansicht die hier beschriebene Exostosenfamilie eine auffallende Bestätigung für die bekannten Hoennickeschen Anschauungen bedeutet. **Blencke**-Magdeburg.

6) **Looser.** Ueber Spätrachitis und die Beziehungen zwischen Rachitis und Osteomalacie.

Mitteil. a. d. Grenzg. d. Med. und Chir. Bd. 18. Heft 4. S. 678.

Histologische Untersuchungen eines Falles von abnormer Knochenbrüchigkeit bei einem älteren Knaben, der keine deutlichen Zeichen von kindlicher Rachitis zeigte, und dessen Krankengeschichte klinisch und grob anatomisch auf Osteomalacie hinweist. Es zeigt sich mikroskopisch, dass es sich um Rachitis handelt. Der neugebildete Knochen bleibt kalklos und die vorläufige Verkalkungszone an den Epiphysenknorpeln schwindet. Die Rachitis im vorliegenden Falle unterscheidet sich jedoch von dem gewöhnlichen Bilde dadurch, dass eine sehr starke Atrophie des alten Knochens eingetreten und die Osteophytenbildung im verbreiterten Periost und im Markraum nur sehr mässig ist. Da jedoch an fast allen Knochenbälkchen ausgedehnte Lager gut gebildeter Osteoblasten zu erkennen sind, ist eine Osteomalacie im allgemein herrschenden Sinne, d. h. eine Entkalkung des Knochens, auszuschliessen.

L. kommt auf Grund seiner ausgedehnten Untersuchungen zu dem Schlusse, dass Spätrachitis und juvenile Osteomalacie einheitliche Affektionen sind, deren anatomische Symptome in einem Kalklosbleiben des neugebildeten Knochens, in Knochenatrophie und den typischen rachitischen Knorpelveränderungen bestehen. Das klinische Bild wird, je später und schwerer es auftritt, um so mehr der Osteomalacie der Erwachsenen ähneln. Bei der Spätrachitis und juveniler Osteomalacie tritt kein Entkalkungsprozess ein. Gemeinsam ist ferner bei den Erkrankungen ein regressives Prinzip: „Hemmung aller aktiven Vorgänge der Knochenbildung und des Knochenwachstums", und ein progressives oder reparatorisches Prinzip: „Bildung von geflechtartigem Knochen im Periost und im fibrösen Mark". Dieser Vorgang ist bei der kindlichen Rachitis am lebhaftesten und nimmt bei der juvenilen und senilen Osteomalacie immer mehr ab.

Nach L's Ansicht ist Rachitis und Osteomalacie eine einheitliche, identische Affektion, die das menschliche Skelett in jedem Lebensalter, modifiziert durch die physiologischen Verhältnisse, betreffen kann.

Meyer-Heidelberg.

Generated on 2019-06-08 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

7) **Cohn.** Traumatische Knochengeschwulst.

Ärztl. Sachverständigen-Zeitung. 1908. Nr. 4. S. 65.

Knochengeschwulst, wahrscheinlich Enchondrom, der Ulna nach indirekter Gewalteinwirkung, ohne dass eine Fraktur eingetreten war. Klinisch: Umfangsvergrösserung und Schmerzhaftigkeit im unteren Drittel des Vorderarms, Aufhebung der Supination und Pronation.

Röntgenologisch: Intensiver Schatten an der Grenze zwischen unterem und mittlerem Drittel des Vorderarmes zwischen Radius und Ulna. Er hängt mit der Ulna vollkommen zusammen. An seinem Uebergang zum Radius zeigt sich eine feine linienartige, hellere Partie, die, wie sich bei der Operation herausstellte, durch die den Tumor umgebende Bindegewebskapsel bedingt war. Der Tumor zeigt feine Knochenstruktur.

Operation. Heilung. Der Radius ist an der Stelle, wo der Tumor auf ihn gedrückt hat, dünner als die Ulna, wie ein Röntgenbild nach der Operation beweist. **Meyer**-Heidelberg.

8) **Canbet** (Toulouse). Sur l'architecture du cal. Ueber die Architektur des Kallus.

Rev. de chir. 35. Bd. S. 419.

Nach einer Auseinandersetzung der Architektur normaler Knochen, die sich vorzugsweise auf die grundlegenden Arbeiten von J. Wolff stützt, geht Verf. zu seinen Untersuchungen über die Knochenarchitektur des Kallus über. Er fand bei stereoskopischen Röntgenaufnahmen von Kalluspräparaten älteren Datums im ganzen eine Wiederholung der Verhältnisse am normalen Knochen. Bei Diaphysenfrakturen trat zunächst eine Bildung von Knochen in der Peripherie ein, die die primäre Vereinigung der Enden bewirkte. Diese Anfänge der Knochenneubildung wuchsen zu einer regelrechten Kompakta aus, die an der konkaven Seite am dichtesten war, während die im Kallus eingebetteten Kortikalispartien allmählich der Resorption anheimfielen und die Ausbildung einer neuen Markhöhle erfolgte. Bei Brüchen des Schenkelhalses war die Architektur des Kallus eine sehr unregelmässige, nur liess sich auch dort die Entwicklung der Kompakta an der Peripherie und spez. auf der konkaven Seite sowie das Aufgehen der Frakturenden in der Masse des Kallus feststellen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

9) **Tietze.** Die Behandlung von Knochenbrüchen.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung. 1908. Nr. 4.

T. warnt zunächst davor, Methoden nachzuahmen, über deren Bedeutung man sich nicht völlig klar geworden ist. Er ist ein eifriger



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fürsprecher für die Narkose, da nur bei Anwendung dieser in den meisten Fällen eine exakte Reposition möglich ist. Zum andern empfiehlt er dann die methodische Anwendung der Röntgenstrahlen und bespricht sodann in grossen Zügen die Massagebehandlung und die Behandlung mit Gehverbänden. Auch das operative Verfahren hält er in gewissen Fällen für durchaus berechtigt, will es aber keinesfalls für alle Fälle angewendet wissen. T. ist der Ansicht, dass in Bezug auf die Methoden für den allgemeinen Praktiker die Sache zur Zeit nicht viel anders liegt, als seither seit vielen Jahren. Er empfiehlt aber den Kollegen dringend, sich mit der Bardenheuerschen Methode vertraut zu machen, da sich nicht etwa nur im Krankenhause, sondern auch in der Privatpraxis Gelegenheit genug finden wird, diese anzuwenden. Ihre Technik ist keineswegs so schwer, wie immer angenommen wird, aber sie muss natürlich erlernt werden, die Verbände müssen gut kontrolliert werden. Verf. geht dann noch am Schluss seiner Arbeit auf einige Bruchарten ein und bespricht die Methoden, die er dabei anwendet und die sich ihm dabei sehr gut bewährt haben.

Blencke-Magdeburg.

10) **Evler.** Ueber Frakturenbehandlung im Chromlederstreckverbande.

Archiv für klin. Chirurgie. 85. Bd. 4. Heft. S. 941.

Die vom Verfasser angegebenen Apparate bestehen aus Ledermanschetten aus Chromleder, die sich der Haut vollkommen glatt anlegen und an denen Schienen mit grossen Angriffsflächen befestigt werden, so dass der Druck möglichst gleichmässig verteilt und dadurch Decubitus verhindert wird. Die Manschetten werden zentral und peripher von der Bruchstelle angelegt und durch die Stäbe wird eine Distraktion der Bruchstücke erzielt, die durch Verschieben der Stäbe nach Wunsch verändert werden kann. Diese Distraktionsbehandlung kann z. B. in der Nachbehandlung der Unterschenkelfrakturen mit Spiralfederextensionen kombiniert und dadurch schon während der Extensionsbehandlung eine Muskeltätigkeit erreicht werden. Auch zur Entlastung der Wirbelsäule konstruierte E. einen Apparat, der aus einem 5 cm breiten und 5 mm dicken Chromlederstreifen besteht, der unterhalb der Spina a. s. herumgelegt und durch Schnallen geschlossen wird. In einem Streifen werden Seitenschienen in Lederfächer eingesteckt und mit Achselkrücken verbunden. Die erforderliche Extension wird durch Schrauben festgestellt. Aehnlich ist der Apparat, der zum Ersatz des Jurymastes angegeben wird. Hier geht der obere Chromlederstreifen um die Stirn, an dem die seitlichen extendierenden Schienen befestigt sind.


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Verbände können völlig immobilisieren, lassen jedoch auf Wunsch auch Aenderung in der Extension zu; die Bruchstellen und Gelenke bleiben frei, sie passen sich den Schwankungen im Umfang der Glieder an, Quer- und Rotationszüge sind leicht anzubringen und eiternde Brüche sind gut zu behandeln.

Die Technik ist einfach und ohne Schwierigkeit sind die Apparate selbst herzustellen.

Verf. empfiehlt die Verbände bei leichteren Fällen, bei komplizierten und eiternden und bei widerspenstigen, besonders Gelenkbrüchen, auch für militärische Zwecke. **Meyer**-Heidelberg.

11) **Kunäus** (Berlin). Ein Beitrag zur Kasuistik der Spontanfrakturen im Kindesalter.

Deutsche med. Wochenschr. 1908. Nr. 13. S. 551.

Bei einem Knaben von 2 Jahren 8 Monaten, der sich durch einen Fall aus der 4. Etage eine komplizierte Fraktur des unteren Endes des rechten Humerus zugezogen hatte, entwickelte sich ein schwer septischer Zustand, in dessen Verlauf es sehr rasch zu spontanen Frakturen einer Reihe von Extremitätenknochen kam, während unmittelbar nach dem Unfall sämtliche Knochen mit Ausnahme des rechten Humerus intakt waren. Sämtliche Frakturen waren vereitert, konsolidierten aber nach längerer Zeit anstandslos. Verf. ist der Ansicht, dass sich, von der komplizierten Fraktur ausgehend, Metastasen von Staphylococcen in den verschiedenen Knochen bildeten, die zu einer Ernährungsstörung des Knochens und dann in Folge geringer Bewegungen des Pat. zu Frakturen dieser Stellen führten.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

12) **Charbonnier** (Caën). Massage et mobilisation précoces dans le traitement des fractures. (Zeitige Massage und mobilisierende Bewegungen bei der Behandlung der Frakturen.)

La méd. des accid. du trav. Bd. 7, Nr. 5. 1908. S. 138.

Ch. empfiehlt dringend, Massage und Bewegungen baldmöglichst nach dem Trauma anzuwenden. Am geeignetsten sind für diese Behandlung Frakturen, welche nicht zur Dislokation neigen. Während bei der Fixation durch Gipsverbände das Glied nach der Heilung des Knochenbruchs in Folge Versteifung der Gelenke und Atrophie der Muskulatur unbrauchbar ist, ergibt die Massage eine raschere Heilung des Bruches und eine sofortige Wiederherstellung der Funktion. Ch. führt einige Beispiele für die Vorzüglichkeit der Methode an, ebenso wie für die Nachteile langdauernder Fixation.



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Das verletzte Glied wird nach Ch. in einer Schiene gelagert und zunächst mit leichter Massage behandelt. Später werden dann vorsichtige passive und aktive Bewegungen vorgenommen. Die Massage darf besonders am Anfang nur leicht sein. Das beste Zeichen für richtige Anwendung ist ihre schmerzstillende Wirkung. Treten Schmerzen auf, so ist die Massage mit zu grosser Kraft ausgeführt worden. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

13) **Ch. Wallace** (New-York). The effect of imperfect hygiene in the production of bone tuberculosis.

Am. journ. of orth. surg. 1908. Vol. V. 3. p. 335.

Von 3197 Fällen von Knochentuberkulose, die in den letzten 4 Jahren im Krüppelhospital zur Behandlung kamen, wurden 443 bezüglich der hygienischen Verhältnisse, aus denen sie kamen, untersucht.

Die Enquête führte zu folgenden Ergebnissen:

1. In den meisten Fällen wird die Krankheit direkt übertragen (Lungentuberkulose der Angehörigen).

2. Vererbung und dichtes Zusammenwohnen sind zwar nicht die wichtigsten Faktoren, aber sie spielen eine Rolle.

3. Armut, unzweckmässiges Leben, Unwissenheit, Gleichgiltigkeit, Mangel an frischer Luft sind von grösster Bedeutung für die Entstehung der Knochentuberkulose. **Ewald**-Hamburg.

14) **T. Costa.** La stasi »alla Bier« in alcuni casi di osteomielite ed osteoartrite tubercolare.

Giorn. delle scienze med. 1907.

In verschiedenen Fällen von Osteomyelitis und tuberkulöser Arthrosynovitis hat Verf. die Behandlung mittelst der Bierschen Stauungshyperämie zur Anwendung gebracht. Er kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Biersche Methode erzeugt bei Osteomyelitis und tuberkulöser Osteoarthritis, wenn ausgedehnte Gewebsverluste und Fistelgänge bestehen, keinerlei Besserung und ist zu vermeiden.

2. Zuweilen hat dieselbe Methode einen gewissen wohltätigen Einfluss auf den postoperativen Verlauf.

3. Sehr nützlich ist die Anwendung der Stauungshyperämie bei den geschlossenen Osteoarthritiden und besonders wenn sie mit sonstigen therapeutischen Hilfsmitteln verbunden wird, werden glänzende Resultate erhalten.

4. Die Anlegung der Stauungsbinde wurde bei diesen Patienten nur wenige Monate hindurch gemacht. Verf. macht jedoch darauf



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

aufmerksam, dass er in allen Fällen die Behandlung nach Bier nach einer gewissen Zeit abbrechen musste, wegen schwerer Schäden, die sich während der Behandlung bemerkbar machten und einen prompten chirurgischen Eingriff erforderten. **Buccheri**-Palermo.

15) **Klautsch.** Beitrag zur Behandlung der Rachitis.

Zentralblatt für Kinderheilkunde. Heft 3. März 1908.

Verf. empfiehlt als allgemein roborierendes Mittel, spez. auch gegen die Anaemie bei Rachitis, das Nukleojen, ein nukleinsaures Eisenpräparat mit ca. 9 % Phosphor und 15 % Eisen in organischer Bildung. Im nukleinsauren Molekül ist 5 % Arsen eingeführt. Drei Tabletten, feingepulvert, werden der Milch zugesetzt.

Meyer-Heidelberg.

16) **F. Höring** (Stuttgart). Ueber Tendinitis ossificans traumatica.

Münch. med. Wochenschr. 1908. Nr. 13. p. 674.

Ein 56jähriger Mann erlitt einen heftigen Stoss gegen die linke Achillessehne, einen schwächeren gegen die rechte. Nach 4 Wochen war radiographisch ein kleinfingergrosses Knochenstück in der Achillessehne nachzuweisen, das unter Lumbalanästhesie entfernt wurde. Es erwies sich path.-anatomisch als eine wirkliche Knochenneubildung, die teils durch Metaplasie direkt aus Bindegewebe, teils mit Uebergang durch ein knorpeliges Vorstadium entstanden war, und spongiöse Knochenspangen mit Knochenmark gebildet hatte. Auch in der anderen Achillessehne zeigten sich 2 Verknöcherungsherde, die aber keine Beschwerden verursachten. Aetiologisch neigt H. zur Theorie der ossifizierenden Diathese, nach der das Bindegewebe die Eigenschaften des Periosts erhalten hat. Die Tendinitis ist das Analogon zur Myositis ossif. traumatica. **Ewald**-Hamburg.

17) **Minervini** (Neapel). Sui processi di riparazione delle lesioni dei tendini.

Giorn. intern. d. scienze med. 1907.

Aus den in dieser Hinsicht angestellten Versuchen schliesst Verf., dass die Verheilung der Sehnen, welches auch die Ausdehnung der Läsion sein mag, sich stets mit dem gleichen Prozess vollzieht. Zuerst ergiesst sich Blut und interstitielle Flüssigkeit, welche in Gegenwart der lädierten Elemente koagulieren. Es tritt eine rasche und allgemeine Reaktion und Zellproliferation auf, welche die koagulierte Masse invadiert und sie recht bald durch vaskularisiertes Keimgewebe ersetzt, welches sich zu jungem Narbengewebe organisiert.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dieses geht allmählich und langsam in stabiles Fasergewebe über, welches seiner Struktur nach dem normalen Sehnengewebe sehr, wenn nicht vollkommen ähnlich ist.

An dem Prozess beteiligen sich konstant sowohl die Gewebe der Sehnenstümpfe als auch die der Scheide, jedoch in verschiedenem Massstabe je nach den Modalitäten der Läsionen und vor allem der Ausdehnung der Sehnenunterbrechung. **Buccheri**-Palermo.

18) **Stralter.** Die Behandlung der Tendovaginitis crepitans mit Hyperaemie.

Dissert. Bonn 1907.

S. berichtet über die Erfolge, die in den Bonner Kliniken, die früher Bier unterstellt waren, bei der Tendovaginitis crepitans mit der Hyperämiebehandlung erzielt wurden, mit der Stauung sowohl, wie auch mit der Heissluftbehandlung, und die derartig gute waren, dass diese Behandlung nicht genug empfohlen werden kann. Dieselbe geschah fast nur ambulant, sie dauerte bei beiden Methoden nicht länger als 5—6 Tage, zeichnete sich durch die Sicherheit der Heilung aus und durch ihre Bequemlichkeit sowohl für den Arzt wie auch für den Patienten. Eine Anzahl von Krankengeschichten sind der Arbeit beigegeben. **Blencke**-Magdeburg.

19) **Wissmann.** Ueber einen Fall von Muskelangiom.

Diss. Bonn 1907.

In dem vorliegenden Falle handelte es sich um ein 16 jähriges Mädchen, das an der Innenseite des rechten Unterschenkels eine Geschwulst hatte, die allmählich an Wachstum immer mehr und mehr zunahm und auch immer mehr Schmerzen verursachte, so dass Pat. kaum noch imstande war, das Bein zu gebrauchen. Bei der vorgenommenen Operation zeigte es sich, dass der ganze untere Teil des Musc. digit. longus bis auf einen geringen Rest von der Geschwulstmasse durchsetzt war, ferner auch der Sehnenansatz, die Sehne und der unterste Teil des Musc. flexor hallucis longus. Es handelte sich um ein kavernöses Angiom. **Blencke**-Magdeburg.

20) **W. Lasarew.** Beitrag zur Kenntnis der Meralgia paraesthetica.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 34. 1908.

Lasarew zeigt, dass der bisweilen in das Gebiet der Psychoneurose gerechnete Oberschenkelschmerz, eine Neuralgie der Hautnerven an der Aussenseite (am häufigsten) des Oberschenkels, auch im Gebiet


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

des N. cutan. femoris medius auftreten kann, und weist an der Hand eines (allerdings schon in den Mitteil. f. d. Grenzgebiete 1902 veröffentlichten) Falles von Neisser und Pollack darauf hin, dass die Ursache dieser Störungen unter Umständen Lymphdrüsenschwellungen oder Abnormitäten des Lig. Poupartii sein können, welche auf den N. cutan. fem. ext. oder med. drücken. Der erwähnte Fall wurde operativ geheilt.

Schoenborn-Heidelberg.

21) **Z. Bychowski.** Reflexstudien.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 34. 1908.

Durch systematische Untersuchung von 67 gesunden Kindern im Alter von unter 1 Jahr stellte B. fest, dass (wie bereits bekannt) der Patellarreflex schon nach der Geburt fast völlig konstant ist. Der Achillessehnenreflex war nur fünfmal vorhanden (darunter nur einmal bei Kindern unter 4 Monaten), die Bauchdeckenreflexe nur 24 mal (darunter sechsmal nur einzelne Bauchreflexe), der Cremasterreflex unter den geprüften 30 Fällen nur 17 mal. Daraus geht hervor, dass das Alter der Reflexe phylogenetisch ein sehr verschiedenes ist und dass fehlende Reflexe (mit Ausnahme des Patellarreflexes) bei Kindern unter 1 Jahr nicht pathologisch zu sein brauchen.

S. Schoenborn-Heidelberg.

22) **Poggio** (Turin). Sulla claudicazione intermittente del midollo spinale.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. 1908. Nr. 14.

Poggio berichtet über zwei Fälle, in denen obige Erscheinung bestand. Nach dem Verf. besteht das intermittierende Hinken der vorderen Portion des Rückenmarkes in Anfällen von spastischer Paraplegie, das der hinteren Portion (nur wahrscheinlich) in paroxysmusartigen zusammenschnürenden Bauch- oder Brustschmerzen, welche an die Tabeskrisen erinnern. Beide Formen sind an beginnende Arteriosklerose gebunden.

Buccheri-Palermo.

23) **Hagenbach-Burchhardt.** Ueber eine familiäre Form von zerebraler Diplegie.

Zentralblatt für Kinderheilkunde. 1908. Nr. 3.

Befallensein von 3 Geschwistern (zwei Zwillingsschwestern, 3 ½ Jahre alt, und eines Bruders von 2 Jahren) mit Littlescher Krankheit. Zwei andere Geschwister sind gesund. Aetiologisch könnte für die Schwestern die Zwillingsgeburt in Betracht kommen, für den Knaben höchstens die langdauernde Geburt (15 St.). Ausführliche Beschreibung der Fälle in einer Dissertation von Scholem Jacobsohn, Basel.

Meyer-Heidelberg.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

24) **J. Lévai.** Másodlagos idegvarratok. (Sekundäre Nervennaht.)

Gyógyászat. Nr. 12.

In drei Fällen (Verletzung d. Nerv. radialis, medianus und Ramus profund. d. Nervus rad.) hat Lévai die sekundäre Nervennaht erst 2—6 Monate nach der Verletzung ausgeführt. Seine Versuche haben besonders im zweiten Falle (medianus) zu gutem Resultate geführt, indem der Patient seine Tätigkeit als Handarbeiter wieder aufnehmen konnte. **Horváth**-Budapest.

25) **Worbs.** Zur Frage der Arbeitsbehandlung Unfallnervenkranker in Heilstätten.

Aerztl. Sachverständigen-Zeitung. 1908. Nr. 6. S. 105.

Auf Grund von 70 Beobachtungen kommt Verf. zu dem Schluss, dass bei geeigneter Auswahl der Fälle, — Ausschluss veralteter Fälle und von Fällen mit langer Vorbehandlung, vielfachen Begutachtungen, längerem Rentenstreit, Sucht zur Uebertreibung und Widersetzlichkeit, Alkoholmissgebrauch und Arteriosklerose — durch eine geeignete Arbeitsbehandlung in Gemeinschaft mit anderen Nervenkranken, spez. sozial höher stehender Stände, die Unfallsneurosen günstig beeinflusst werden, sodass bei einer Durchschnittsbehandlung von 10—11 Wochen die Arbeitsfähigkeit um das Dreifache gestiegen und auch auf dieser Höhe geblieben ist, wie spätere behördliche Anfragen ergeben haben. Ausser der Arbeitsbehandlung besteht die Behandlung nur in einfachen Bädern und psychischen Beeinflussungen, jede überflüssige Untersuchung etc. wird vermieden. **Meyer**-Heidelberg.

26) **Goebel** (Köln). Erfahrungen mit der v. Pirquetschen kutanen Tuberkulinreaktion.

Münch. med. Woch. 1908. Nr. 4. p. 166.

(Sämtliche Artikel über die kutane und die Ophthalmoreaktion zu referieren, dürfte den Rahmen des Zentralblatts weit überschreiten. Wie aus den zahlreichen, fast zahllosen Veröffentlichungen, von denen sämtliche Wochenschriften jetzt voll sind, hervorgeht, sind die Meinungen über den Wert der beiden Methoden in diagnostischer und prognostischer Beziehung geteilt, wenn auch mehr zur Bejahung neigend. Meist betreffen die Berichte Untersuchungen an Lungenkranken, während man sich anscheinend mit der chirurgischen Tuberkulose weniger beschäftigt hat. Nur Citron (deutsche med. Woch. 1908. Nr. 8) berichtet über günstige Resultate, die er mit der Ophthalmoreaktion bei Knochentuberkulose gehabt hat. Ref.)


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

G. hat wahllos 220 Personen nach Pirquet geimpft. Davon zeigten 127 eine positive Reaktion (rote Papel an der Impfstelle nach zirka 24 Stunden), 93 eine negative. — Von 17 an Knochen- und Drüsentuberkulose leidenden Kindern reagierten alle positiv; nur ein Knabe, der an tuberk. Halslymphomen litt, nicht. Grund unbekannt. Von 54 an Gelenk-, Knochen- und Drüsentuberkulose leidenden Erwachsenen zeigten 53 einen positiven Ausfall der Reaktion, nur eine äusserst kachektische Frau reagierte negativ. Von tuberkuloseverdächtigen 31 Erwachsenen reagierten 23, von 5 Kindern 3 positiv. Kranke, die eine positive Reaktion zeigten, erwiesen sich bei sehr eingehender Untersuchung noch als tuberkuloseverdächtig.

Schlüsse: Kutane und Ophthalmoreaktion sind für die frühzeitige Tuberkulosediagnostik wertvolle Hilfsmittel.

Im Kindesalter (1—12 Jahren) ist der positive Ausfall nahezu beweisend. Beim negativen Ausfall kann beim Erwachsenen auf Tuberkulosefreiheit geschlossen werden. **Ewald**-Hamburg.

27) **L. Durand.** La scopolamine, anesthésique général, en chirurgie infantile.

Thèse de Paris. 1907.

Der Verfasser lobt die Vorzüge der Skopolamin-Morphineinspritzungen als allgemeines Anästhesicum in der infantilen Chirurgie. Dasselbe hat den Vorteil, die zur Narkose notwendige Chloroformmenge auf ein Minimum zu reduzieren, die Furcht und Aufregung vor der Operation zu beseitigen, folglich auch die Gefahren einer Synkope. Die kleinen Patienten sind nach der Operation ruhig, brechen nicht, haben keine oder nur wenig Mydriasis und keine Kontrakturen der Bauchmuskeln. Die bei Kindern im Alter von 4 bis 15 Jahren gemachten Beobachtungen haben sogar gezeigt, dass Kinder das Mittel besser vertragen, als Erwachsene. Die für die subkutane Injektion empfohlene Lösung enthält 1 mgr Skopolamin und 1 ctgr. Morphin per Kubikzentimeter. Hiervon wird durchschnittlich $^1/_2$ cc eingespritzt, doch kann man auch bis zu einem ganzen cc gehen. Etwa $1^1/_2$ Stunden nach der Einspritzung wird die Chloroformnarkose eingeleitet.

E. Toff-Braila.

28) **Goyanes.** Deformaciones paraliticas congénitas curades por el métode de implantaciones tendinosas.

Rev. de Medic. y Cirurg. de Madrid. Nr. 1010.

Vorstellung von zwei Fällen angeborener Deformitäten, die durch eine Reihe von Sehnenplastiken in ihrem Gehvermögen sehr günstig

Generated on 2019-06-08 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

beeinflusst worden sind. Es handelt sich um einen Knaben mit angeborenem rechtsseitigem Pes varus, linksseitigem Pes equino-varus und paralytischer Kontraktur beider Kniegelenke; sowie um ein Mädchen mit beiderseitigem Pes equinus und rechtsseitiger Quadricepslähmung.

Stein-Wiesbaden.

29) **Kirchberg und Eiger.** Der Massageunterricht im Berliner Ambulatorium für Massage.

Therapeut. Rundschau vom 15. 3. 1908.

Darlegung der Ziele des Ambulatoriums, das eine Fortsetzung der Universitäts-Massageanstalt von Zabludowski ist und ganz in dem Sinne des Verstorbenen geleitet wird. Es werden hier praktische Kurse für Aerzte und Studierende, sowie für Laienmasseure abgehalten. Verf. halten die Ausübung von Laienmassage im Gegensatz zu Hoffa u. a. für längere Zeit dauernde Massagekuren für notwendig und suchen in ihren Kursen die Laien stets auf die Pflicht hinzuweisen, nie ohne ärztliche Anweisung Massagen auszuführen. In dem Institute wird vollständig von dem Gebrauche komplizierter Apparate abgesehen und alles durch Uebungen ersetzt. Die Kernübungen für Skoliosen etc. sind in einem ausführlichen Plan in der Arbeit beschrieben.

Meyer-Heidelberg.

30) **Amson.** Massage und Gymnastik des Abdomen.

Zeitschrift für ärztl. Praxis.

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: „Abdominalmassage und Gymnastik ist Sache des Arztes, sie ist nüchtern oder 3—4 Stunden nach der Mahlzeit auszuführen, sie darf während der Ausführung nicht schmerzhaft sein, die Massage kommt in erster Linie, da sich ihre Wirkung besser lokalisieren lässt als die der Gymnastik.

Die lokalen Wirkungen bestehen in: Kräftigung der Bauchmuskulatur, Steigerung der Resorptionsfähigkeit des Peritoneum und der Sekretion der Abdominaldrüsen, Förderung der motorischen Tätigkeit des Magens und Darms, sowie Lösung von Adhaerenzen. Allgemeine Wirkungen: Beförderung des Appetits, Besserung des Allgemeinbefindens, Ernährungszustandes, Blutzirkulation, Stoffwechsels, Diurese. Demnach sind die Indikationen: Muskelschwäche der Bauchdecken, Ascites, Adhaesionen, Störung der motorischen Tätigkeit des Magens und Darms, Lageveränderungen des Magens, ganz frische Darminvaginationen und Incarceration von Hernien, Hämorrhoiden, Stauung der Leber und Niere, chronische Nephritis und Cystitis, Wanderniere, Parese der Blase, chronische Prostatitis. Zirkulations- und Stoffwechselstörungen. Kontraindikationen sind: Akute und subakute Entzündungs-


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zustände, schwere Allgemeinerkrankungen, Neoplasmen, erste und letzte Zeit der Gravidität, ferner alle Zustände, welche die Gefahr einer Blutung nahelegen."
Meyer-Heidelberg.

31) **Hasebrock.** Die physiologische und therapeutische Bedeutung der heilgymnastischen Bewegung f. d. Krankheiten d. Ernährung und des Kreislaufs.

Therapeutische Monatshefte. März 1908.

Nur ohne Dyspnoë geleistete Muskelarbeit kommt in Frage. Assimilation wie Dissimilation steigen bei rationeller Gymnastik. Ob die „Ernährung des Blutes" dagegen durch Muskelarbeit direkt gefördert werden kann, ist noch fraglich. Die wertvollsten Objekte für gymnastisches Training, sind junge Organismen (träge, zu schwere, pastöse Kinder), dann Stoffwechselanomalien (Adipositas, Diabetes mell., Gicht) und für Zirkulationsstörungen bestimmter Art, nämlich solche, bei denen wir durch die direkte Wirkung auf die Peripherie

1. primär peripherische Störungen ohne oder mit bereits geschädigtem Herzen aufbessern,

2. eine von der Natur angebahnte peripherische Kompensation bei primären Herzstörungen unterstützen.

Bei der ersten Gruppe sind die Erfolge glänzend, sofern es sich um Folgen von Luxuskonsumption von Nahrungs- und Genussmitteln mit ihren Beziehungen zu Adipositas, Diabetes und Gicht handelt, besonders wo körperliche Trägheit mitspielt. Aber auch eine körperliche Ueberanstrengung wird durch Gymnastik und Training ausgeglichen (erkennbar oft an einem Zurückgehen der vorher dagewesenen Verstärkung des 2. Aortentones) und ebenso die Folgen (peripherer) Arteriosklerose. Herzleiden selbst sind natürlich nur mit Vorsicht und bei subakuten oder chronischen Fällen günstig zu beeinflussen, dann aber wirkt die Gymnastik sowohl bei organischen Störungen als bei Neurosen trefflich.
S. Schoenborn-Heidelberg.

32) **B. Machol.** Die Fortschritte der Röntgentechnik und ihre Bedeutung für die Chirurgie.

Zeitschr. für med. Elektrologie und Röntgenkunde. 1908. 1.

Rückblickend die Strecke kritisch zu würdigen, die wir bisher durchlaufen, festzustellen, was an neuen Kenntnissen die Röntgenologie uns übermittelt, inwieweit sie imstande gewesen, früher Gekanntes zu modifizieren und umzugestalten, inwieweit durch ihr Licht das Dunkel erhellt, inwieweit unser Handeln beeinflusst ist, und wie und wo wir für die Zukunft weitere Früchte zu erwarten berechtigt sind, mit diesen



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eigenen Worten des Verf. ist der Inhalt seiner akademischen Antrittsrede in Bonn kurz skizziert. Nach des Verf. Ansicht haben gerade für den Orthopäden die Röntgenstrahlen die grösste Bedeutung und er unterschreibt den Satz: „Was der Kehlkopfspiegel dem Laryngologen, ist das Röntgenrohr dem Orthopäden“, getrost Wort für Wort.

Blencke-Magdeburg.

33) **Risacher.** Du thymol camphré comme agent de fonte des fongosités tuberculeuses.

Thèse de Paris. 1907.

Die Arbeit des Verf. gibt eine Beschreibung der aus der Abteilung von Ménard in Berck-sur-Mer angewendeten Injektionsmethode tuberkulöser Abszesse. Hierzu wird der Thymol-Kampher benutzt, den man darstellt, indem man ein Teil Thymol mit zwei Teile Kampher mischt und leicht erwärmt, es bildet sich eine dickliche, in Wasser unlösliche, in fetten Oelen, Alkohol, Aether und Chloroform leicht lösliche Flüssigkeit, von 0,957 spez. Gewicht. Man spritzt hiervon 2 bis 4 cc in grössere, 1 cc in kleinere Abszesse ein, indem man darauf achtet keine Vene anzustechen und die Flüssigkeit nur unter leichtem Drucke ausfliessen zu lassen. Das Mittel bewirkt eine Verflüssigung der tuberkulösen Fungositäten, ist stark antiseptisch und viel weniger giftig, als das zu demselben Zwecke empfohlene Naphtolum camphoratum.

E. Toff-Braila.

34) **Schanz** (Dresden). Ein Waschtisch für orthopädische Operationszimmer.

Zeitschr. f. orth. Chir. XIX. Bd. 3.—4. H. S. 429.

Um zu vermeiden, dass sich die Abflussrohre mit Gips verstopfen, bringt Sch. direkt unter dem Waschtisch einen Auffangtopf an, in dem sich aller Gipsschlamm sammelt und leicht entfernt werden kann. Das Wasser läuft aus diesem Topfe am oberen Rande ohne Beimengung von Gips ab. Der Waschtisch selbst besteht aus einer nach hinten dem Abflussrohre zu geneigten Platte, von der das Spülwasser direkt in den Auffangtopf ablaufen kann. Auf die Platte lassen sich nach Belieben auch Waschschalen stellen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

35) **Laurent** et **Brecx** (Bruxelles). Le corset en celluloid.

La revue médico-sociale. 1908, 1.

An 15 Bildern mit kurzem nebenstehendem Text wird die Herstellung eines Gipsmodells, die Anfertigung eines Zelluloidkorsetts über d. Modell und die Garnierung des Korsetts mit Lederstreifen und Haken und Oesen beschrieben. Die Herstellung weicht von der allgemein üblichen nicht ab.

Ewald-Hamburg.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

36) **R. Soutter** (Boston). A portable traction apparatus for use in fractures of and operations on the lower extremities.
Americ. journal of orth. surg. 1908. Vol. V, 3. p. 331.

Beschreibung eines Extensions-Apparates, der auseinander genommen werden kann. Ohne Abbildungen nicht verständlich.

Ewald-Hamburg.

37) **Engels.** Ueber normale und anscheinend normale Prominenzen der Wirbelsäule.
Diss. Bonn 1907.

Verfasser untersuchte die Wirbelsäulen bei 273 Frauen und 527 Männern, also insgesamt 800 Fälle und fand in 38 Fällen Abweichungen von der Norm, für die er weder anamnestisch noch durch den Status praesens eine hinreichende Ursache finden konnte. Unter diesen 38 Fällen konnte er nun wieder bei 18 eine abnorme Prominenzbildung einzelner oder mehrerer Wirbel nachweisen, die teilweise zwar geringfügig, aber doch stets deutlich zu erkennen war. E. weist darauf hin, dass diese Tatsache bei Unfällen, die zu Wirbelverletzungen geführt haben sollen, sehr der Beachtung wert ist.

Blencke-Magdeburg.

38) **Frank** (Flensburg). Halsrippe und Unfall.
Deutsche med. Wochenschr. 1908. Nr. 14. S. 597.

Während die Mehrzahl der Halsrippen symptomlos verläuft, kommt es doch hin und wieder zu Beschwerden spez. von Seiten des gleichseitigen Armes. In seltenen Fällen haben sich diese Beschwerden nach einem Trauma eingestellt, wie es auch in dem von F. berichteten Falle eintrat. Es bestand eine linksseitige Halsrippe, deren Kontusion zu einer Läsion des Plexus cervicalis und damit zu Parästhesien und Atrophie des linken Armes führte. Eins operative Entfernung der Halsrippe brachte Besserung. Die Ansprüche des Verletzten auf Unfallrente wurden bewilligt, da vorher die Halsrippe symptomlos bestanden hatte und erst in Folge der Verletzung des Gebildes durch das Trauma die Beschwerden entstanden waren. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

39) **J. Comby** (Paris). Hématome obstétrical du sterno-mastoidien.
Archives de méd. des enf., Janvier 1908. p. 47.

Der Verfasser bringt die Krankengeschichten von 4 Kindern im Alter von 1, 6, 10 Monaten und 4 Jahren, bei welchen sich nach einer schweren Steissgeburt ein Hämatom des Sterno-Kleido-Mastoideus entwickelt hatte. Nur bei letzterem Kinde war die Affektion jahrelang unverändert geblieben und hatte schliesslich zur Entwicklung eines



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tortikollis Veranlassung gegeben, während bei den anderen die Vornahme von Massagen mit auflösenden Salben (Jodkali, Ung. cinereum) genügten um ein vollständiges Verschwinden der betreffenden Geschwülste herbeizuführen. Wie schon von Hennoch hervorgehoben worden ist, handelt es sich bei dieser Affektion um einen Bluterguss in den Sterno-Kleido-Mastoideus infolge von Zerrung oder teilweiser Zerreissung desselben, wie dies durch kräftigen Zug bei schweren Geburten hervorgerufen werden kann. Meist handelt es sich um Steissgeburten, bei welchen die Entwicklung des Kopfes eine schwierige war, oder um Kopflagen mit schwieriger Entwicklung der Schulter. Es ist von praktischer Wichtigkeit den Zustand zu kennen, um ihn nicht mit angeborenem Tortikollis zu verwechseln, wie dies noch oft geschieht.

E. Toff-Braila.

40) **Küthner.** Beiträge zur Chirurgie des Gehirns und Rückenmarks.

Berliner klin. Wochenschr. 1908. Nr. 12, S. 584, Nr. 13, S. 654.

Von den mitgeteilten Fällen interessieren besonders: 1. Spina bifida der oberen Brustwirbelsäule bei einem 4 Monate alten Kinde. Glatte Operation. Tod kurz nachher infolge Kompression der Medulla oblongata durch ein Sarkom des Plexus chorioideus ventriculi quarti. 2. Ferner ein Fall von Spina bifida mit Defekt des unteren Kreuzbeinabschnittes und des Steissbeins bei 13 jähr. Knaben, der von jeher an Blasen- und Mastdarmstörung gelitten hat. Ausserdem war Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit im l. Glutaeus maximus medius und Unterschenkelmuskulatur. Hohlfuss. 3. Bei einem 8 jähr. Mädchen bestand Spina bifida occulta des Kreuzbeins mit Lipombildung, doppelseitigem Hohlfuss, Hammerzehenbildung, Kyphose der unteren Brust- und oberen Lendenwirbelsäule und Incontinentia urinae. 4. Bei einem 43 jähr. Manne entwickelte sich im Anschluss an eine Fraktur des 4.—6. Halswirbels, die nur mit Röntgenstrahlen festgestellt werden konnte und ausser Druckempfindlichkeit keine klinischen Symptome darbot, eine reine motorische Lähmung beider Arme ohne Sensibilitätsstörung, bedingt durch Läsion der vorderen Markhälfte durch intramedulläre Blutung. Heilung. 5. Seltener Fall von isolierter Fraktur des Dornfortsatzes vom 4. Lendenwirbel durch Muskelzug beim Bücken und Aufrichten. Bettruhe. Beschwerdefrei nach 10 Tagen entlassen. 6. Auftreten einer trophoneurotischen Gangrän am Fuss 4 Jahr nach einer Fraktur der unteren Lenden- und oberen Sakralwirbelsäule, bei vollkommener Anästhesie beider Unterschenkel. 7. 11 Monate altes Kind mit doppelseitigem Klumpfuss, sicher angeborene Belastungs-



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

deformität, wahrscheinlich auch angeboren eine Beuge-Kontraktur im Kniegelenk. Dazu kommen Lähmungen in den Beinen, besonders in den Extensoren, Adduktoren und Tibialis, Quadrizeps nur wenig erregbar, in den Armen Bizeps, Deltoideus, Radialisgebiet; Flexoren und Pectoralis major nur schwach erregbar. Da die gelähmten Muskeln schon bei der Geburt atrophisch waren, so kann es sich um eine Missbildung des Rückenmarkes oder um eine foetale Poliomyelitis anterior handeln. Orthopädische Therapie. Zuerst Klumpfuss-Redressement. 8. Myelitis und Myositis ossificans, die im Anschluss an Masern bei einem 6 jähr. Kinde nach zirka 5 Monaten auftraten. Im Röntgenbild treten zwei unregelmässige, symmetrische Knochenschatten im Raum zwischen äusserer Beckenwand und innerem Schenkelhalsbogen auf, von annähernd dreieckiger Form, der vom Sitzbein ausgeht und zur Linea intertrochanterica hinzieht. Es handelt sich wahrscheinlich um Muskelverknöcherung entzündlichen Ursprungs, die mit entzündlichen Gelenkerkrankungen in Zusammenhang steht, und zwar der Aussenrotatoren des Oberschenkels. **Meyer**-Heidelberg.

41) **J. T. Watkins** (San Francisko). Some unusual spines.

Americ. journ. of orth. surg. 1908. Vol. V. 3. p. 317.

W. beschreibt 2 Fälle von Spondylolisthesis, Abrutschen des untersten Lendenwirbelkörpers vom Kreuzbein. Beide Fälle sind Typen von zwei ganz verschiedenen Prozessen. Beim ersten Typus handelt es sich immer um Individuen weiblichen Geschlechts, die in der Pubertät oder noch früher erkranken, beim zweiten ist eine tabische Arthropathie die Ursache. Hier sind meist Männer von 33 bis 68 Jahr betroffen. In beiden Fällen können Stützkorsetts gute Dienste tun.

Ewald-Hamburg.

42) **Sp. Dragosch.** Beiträge zum Studium der Wirbeltuberkulose und der kongestiven Abszesse.

Revista stiintzelor medicale. Dezember 1907.

Der Verf. stellt fest, dass unter der ländlichen Bevölkerung die Tuberkulose im allgemeinen und auch die Knochentuberkulose immer mehr an Ausdehnung gewinnt. Was letztere anbetrifft, so ist die Aetiologie der meisten Fälle eine vollkommen dunkle. Die betreffenden Patienten zeigen einen robusten Körperbau, stammen von gesunden Eltern, haben gesunde Geschwister, haben niemals mit Tuberkulösen zusammen gelebt und auch eine Uebertragung durch die Nahrung ist nicht gut anzunehmen, da der rumänische Bauer sich hauptsächlich von Vegetabilien nährt und Milch, Fleisch und andere Substanzen,



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die im Stande wären, die tuberkulöse Infektion zu übertragen, nur selten geniesst. Man muss daher für diese Fälle eine Infektion durch die Luft annehmen. Unter den von D. beobachteten Fällen von Pottscher Krankheit zeigte sich als erste Erscheinung derselben ein kongestiver Abszess, während die Gibbosität erst später oder gar nicht zur Beobachtung kam. Die angewendete Behandlung war die breite Eröffnung der Abszesse mit nachfolgender Drainierung. Es wurden keinerlei medikamentöse Einspritzungen gemacht und gingen alle vier auf diese Weise behandelten Fälle in Heilung über.

E. Toff-Braila.

43) **Hase.** Ueber einen Fall von tuberkulöser Ostitis im und am Atlanto-Occipital-Gelenk.

Diss. Giessen 1908.

Es handelte sich in dem vorliegenden Falle um eine 56 jährige Frau mit tuberkulöser Ostitis im und am Atlanto-Occipital-Gelenk, um einen Fall, der besonders deshalb interessant sein dürfte, weil die Erkrankung etwa 7 Monate vor dem Tode mit heftigen Schmerzen anfing, die etwa nach einem halben Jahre verschwanden, während Pat. gleichzeitig die Fähigkeit, Speisen herunterzuschlucken, verlor und ein reichlicher Auswurf sich einstellte, ohne dass Husten bezw. Hustenreiz vorhanden waren. Die Ursache für diesen doch immerhin seltenen Verlauf glaubt H. darin suchen zu müssen, dass die tuberkulösen Entzündungsherde erweichten und abszedierten, wodurch der Druck auf die Nerven aufhörte oder die Substanz derselben zerstört wurde. Der augenfälligste Befund bei der Sektion, deren Protokoll sehr ausführlich wiedergegeben ist, war zweifellos eine Verlagerung des aus seiner ligamentösen Verbindung gelösten Zahnfortsatzes durch die tuberkulös infiltrierte Dura hindurch in das Foramen magnum, das dadurch bedeutend verengt war. Die vorgenommene mikroskopische Untersuchung liess darauf schliessen, dass diese Verlagerung nicht während des Lebens entstanden sein konnte, sondern jedenfalls eine künstlich erzeugte war.

Blencke-Magdeburg.

44) **Gaugele** (Zwickau). Das Redressement alter Pottscher Buckel.

Zeitschr. f. orthop. Chir. XIX. Bd., 3.—4. H., S. 437.

Verf. schildert sein Verfahren zur Korrektion des bereits ausgeheilten Gibbus. Er gipst die Patienten in horizontaler Lage ein und zwar Brustteil inkl. Kopf einerseits und Beckenteil anderseits. Wenn der Gips erhärtet ist, wird der Buckel durch Schraubendruck mittels


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

nach Modell des Gibbus gearbeiteter Pelotte möglichst korrigiert und der Gipsverband vervollständigt. Der Verband muss 4—8 Wochen getragen und öfter (4—6 mal) erneuert werden. Leider tritt nicht selten Decubitus auf, wesshalb grosse Achtsamkeit geboten. Zur Nachbehandlung gibt G. ein festes Korsett aus Zelluloid mit Kopfstütze. Auch zur Behandlung der Skoliose erscheint dem Verf. das Verfahren empfehlenswert. Nach der beigegebenen Photographie scheinen die Resultate recht gute zu sein. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

45) **J. Gourdon** (Bordeaux). Nouvelle méthode de diagnostic et classification des scolioses des adolescents.

Annales des Chir. et d'orth. 1908. 2. p. 38.

Die Einteilung der Skoliose in 3 Grade je nach der Stärke der seitlichen Abweichung und Grösse des Rippenbuckels erscheint G. unzweckmässig. Im Hinblick darauf, dass mit jeder seitlichen Abweichung der Wirbelsäule eine Rotation verbunden ist, ja, dass letztere in jedem Fall der seitlichen Biegung vorangeht, teilt G. die Scoliosen ein nach dem Grade der Rotation und Torsion. Er unterscheidet;

I. Eine einfache Rotation der Wirbelsäule;
II. eine Rotation, kompliziert mit schwacher Torsion der Wirbel;
III. eine starke Torsion der Wirbel.

Die Untersuchungsmethode ist folgende: Pat. steht aufrecht mit geschlossenen Beinen und beugt den Rumpf bis zur Horizontalen nach vorn. Dabei wird die Rotation ausgeglichen, während der Torsionsgrad durch das Erscheinen des Rippenbuckels und der Paraspinallinienerhebung angezeigt wird. — Diese Art der Untersuchung erscheint Ref. nicht neu; sie wird wohl von jedem Orthopäden ausgeübt, ebenso wie auch die Prognose allgemein nach dem Grade der Torsion gestellt wird. **Ewald**-Hamburg.

46) **R. Soutter** (Boston). A new brace for scoliosis.

Americ. journal of orth. surg. 1908. Vol. V, 3. p. 328.

Der Apparat, der nur dazu bestimmt ist, leichte Haltungsfehler der Wirbelsäule zu korrigieren, besteht aus zwei Pelotten, von denen eine seitlich und hinten am Thorax (Seite der Konvexität) ihren Platz hat, während die andere auf der anderen Beckenseite oberhalb des Trochanter liegt und hier durch Bindenzügel, die um das Bein gehen, festgehalten wird. Beide sind vorn und hinten durch Stahlbänder mit einander verbunden. **Ewald**-Hamburg.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

47) **Beno Cicaterri** (Rom). Osservazioni sul riflesso scapolo-omerale.

Il Policlinico 1908, Nr. 9.

Durch seine Beobachtungen an einer ziemlichen Anzahl von Kranken mit Läsionen des Halsmarkes in verschiedener Höhe hat Verf. konstatiert, wie schon Bechterew wahrgenommen hatte, dass das Zentrum des Reflexes sich in der Nähe der Halsverdickung befindet.

Buccheri - Palermo.

48) **M. Strauss** (Greifswald). Myositis ossificans traumatica im M. subclavius nach Luxatio clavic. supraacromialis.

Deutsche Zeitschr. für Chirurgie. Bd. 89. H. 5—6. Pag. 630.

Bei einem 36 jähr. Mann, der vor 2 Monaten eine Luxation des akromialen Claviculaendes erlitten hatte, fand sich eine flache, knochenharte, 5 Markstück grosse Infiltration, die gegen die erste Rippe und den Processus coracoides hin verlief. Von den Bewegungen im Schultergelenk war besonders das Seitwärtsheben beschränkt. Das Röntgenbild zeigt eine Luxation des akromialen Teils des Schlüsselbeins nach oben, periostitische Auflagerungen auf der Gelenkfläche des Akromion und ein Knochengebilde von regelloser Struktur, das dem Verlaufe des M. subclavius entspricht, eine bisher noch nie beobachtete Lokalisation der Ossifikation. Aetiologisch kommt eine durch das Trauma bedingte Zerrung oder Zerreissung des von seiner Ansatzfläche abreissenden Muskels in Betracht. Was die Genese der Myositis ossificans traumatica betrifft, so steht heute fest, dass Periost und Muskulatur zu der Bildung der Knochenmassen beitragen können, dass aber die Bildung auch allein von der Muskulatur ihren Ausgang nehmen kann.

Stoffel - Heidelberg.

49) **Bruchi** (Ravenna). Contributo alla cura cruenta della lussazione sopraacromiale della clavicola.

Gazz. degli osped. e delle clin. 1908. Nr. 5.

In den zwei vom Verf. mitgeteilten klinischen Fällen wurde durch Metallnaht Heilung ohne Deformität und die Wiederherstellung der normalen Funktion erzielt.

Buccheri - Palermo.

50) **Stieda.** Zur Pathologie der Schultergelenksschleimbeutel.

Archiv für klin. Chirurgie. Bd. 85, H. 4. S. 910.

Mitteilung von 8 Krankengeschichten mit Röntgenbildern von akuter Entzündung der Bursa subacromialis bezw. subdeltoidea. Da im Röntgenbild stets ein Schatten nachweisbar war, so glaubte Verf.,



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:16 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dass es sich um eine akute gichtische Erkrankung mit Concrementbildung handelte. Der Schatten entsprach der Lage und Form der Schleimbeutel. Die Patienten klagten über heftige Schmerzen und Schwäche im Arm. Die Beweglichkeit, bes. die Abduktion war stark behindert, die Drehbewegung war am besten ausführbar.

Bei 2 Fällen war ein Erguss im Schleimbeutel festzustellen. Die Gegend der Schleimbeutel war druckempfindlich. Das Schultergelenk war frei von Druckschmerzen.

Infolge des wechselnden anatomischen Verhaltens ist es nicht immer leicht zu bestimmen, ob die Bursa subdeltoidea oder subacromialis befallen ist, zumal sie auch kommunizieren können.

Die Behandlung besteht in antigichtischer Diät, gegen die Schmerzen Narcotica, Umschläge oder Einwicklungen, Tinkt. colchici. Feststellbare Verbände werden schlecht vertragen. Nach Abklingen des schmerzhaften Stadiums: Massage und aktive und passive Bewegungstherapie, in chronischen Fällen ausser Allgemeinbehandlung wesentlich Mechanotherapie. **Meyer**-Heidelberg.

51) **Porcile** (Genua). Sarcoma primitivo del deltoide.

Il Policlinico. 1908. Nr. 8.

Die frühzeitige und ausgiebige Exstirpation des Tumors konnte den Pat. nicht vor der Verallgemeinerung der Neubildung und dem Tod durch Kachexie retten.

Es handelte sich um ein kleinzelliges Sarkom. Inmitten der Masse kleiner Zellelemente fanden sich grössere, aufgequollene helle Elemente. Was den Ausgangspunkt des Muskelsarkoms angeht, so ist Verfasser der Ansicht, dass es aus dem interstitiellen Bindegewebe entstehe. **Buccheri**-Palermo.

52) **Escribano.** Quistes Cidatidicos del humero.

Rev. de Medic. y Cirug. de Madrid. No. 1015. v. 21. II. 1908.

30jährige Kranke hatte durch einen Fall eine Fraktur des rechten Oberarms erlitten. Alle Versuche, den Bruch zur Konsolidation zu bringen, waren erfolglos. Man entschloss sich schliesslich zur Operation, in der Absicht, die Fragmente durch Naht zu vereinigen. — Da zeigte sich, dass der ganze Humerus mit kleinen Echinococcenzysten durchsetzt war; da diese sowohl bis in die proximale wie in die distale Epiphyse reichten, musste der Arm exartikuliert werden. — Die Heilung war glatt. In der ganzen Literatur sind nur 16 derartige Fälle verzeichnet.

Stein-Wiesbaden.

Generated on 2019-06-08 18:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

53) **Hagenbach-Burckhardt** (Basel). Deux cas de fractures supracondyliennes de l'humérus compliquées de plaies.

Revue d'orthopédie. 1908, 2, p. 97.

Ein 10jähriger Knabe fiel auf den linken Ellenbogen, und zog sich eine komplizierte Epiphysenfraktur des Humerus zu. Das obere Humerusende hatte die Haut an der Ellenbogenbeuge durchspiesst. Blutige Einrichtung, Verband im rechten Winkel. Nach 3 Wochen gute Heilung.

Bei einem 2. Fall mit genau derselben Verletzung musste man dem oberen Ende des Humerus eine Bahn schaffen und zwar durch Durchtrennung der Bicepsaponeurose (Lacertus fibrosus); erst dann konnte man die Fraktur reponieren. 3 Wochen Verband im spitzen Winkel, dann systematische Bewegungen, sehr gutes Resultat. — Es war hier sehr wichtig, nicht rigoros vorzugehen, um mit den spitzen Knochenfragmenten nicht Gefässe und Nerven anzuspiessen und Muskulatur zu zerstören. (Auseinandersetzung der anatomischen Verhältnisse.) Das Einsetzen einer baldigen aktiven Uebungstherapie wird besonders hervorgehoben.

Diese aktiven Bewegungen lobt auch Kirmisson in einem Nachwort und führt 2 Fälle an, in denen passive Bewegungen eine nur immer grössere Versteifung zur Folge hatten, und erst, nachdem der verletzte Arm sich selbst überlassen war, eine Besserung eintrat. — Desgleichen tritt K. für eine Fixation des Ellenbogens im spitzen Winkel ein.

Ewald-Hamburg.

54) **Fette.** Beitrag zur Kasuistik seltener Frakturen im Ellenbogengelenk.

Diss. Kiel 1908.

F. berichtet über drei Fälle von Brüchen des Capitulum radii, verbunden mit denen des Processus coroneideus ulnae, aus der Kieler chir. Klinik und bespricht im Anschluss an diese Fälle diese immerhin seltenere Frakturform des Ellenbogengelenks in allen ihren Einzelheiten.

Blencke-Magdeburg.

55) **Frangenheim** (Königsberg). Die Myositis ossificans im M. brachialis nach Ellenbogenluxationen, ihre Diagnose und Behandlung.

Deutsche med. Wochenschr. 1908. Nr. 12. S. 497.

Bei den 6 Fällen, die Verf. aus der Königsberger Klinik berichtet, war die Knochenneubildung jedesmal im Muskel, zweimal auch in der Gelenkkapsel aufgetreten. Als Ursache war fast durchweg eine


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Luxation des Ellenbogengelenks anzusehen, die lege artis reponiert worden war. Auch bei veralteten Luxationen, sowie in seltenen Fällen bei Kontusionen des Ellenbogens wurde diese Komplikation beobachtet. In der Regel tritt die Verknöcherung 3—4 Wochen nach der Verletzung unter Schmerzen und den Erscheinungen der Versteifung ein. Wichtig zur Diagnose sind Röntgenaufnahmen, die auch durch Wiederholung in bestimmten Zeitabschnitten den Stillstand des Verknöcherungsprozesses und damit den Zeitpunkt für einen chirurgischen Eingriff festzustellen erlauben. Eine Exstirpation der Knochenmasse ist im grossen und ganzen das rationellste Verfahren, doch lässt sich auch durch Massagebehandlung die Beweglichkeit des Gelenks bessern, wenn auch die Knochenbildung im Muskel eher zu- statt abnimmt. Verf. ist der Ansicht, dass das Periost bei der Muskelverknöcherung keine Rolle spiele, sondern dass sich auf Grund einer Veranlagung zu pathologischer Knochenbildung die Ossifikationsvorgänge im Bindegewebe des Muskels abspielen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

56) **M. Haedke** (Hirschberg). Volare Luxation der Ulna im distalen Gelenk.

Deutsche Zeitschr. für Chirurgie. Bd. 91. Heft 3—4. Pag. 429.

Ein kasuistischer Beitrag. Einer Frau wurde im Streit die Hand dauernd stark proniert; durch heftige Gegenbewegungen versuchte sie die Hand frei zu bekommen. Dabei verspürte sie, dass am Handgelenk etwas passiert sein müsse. Die Untersuchung stellte eine typische volare Luxation der Ulna fest. Die Reposition gelang leicht. Dieser Fall unterstützt die Auffassung Baums, der durch Pronation eine volare, durch Supination eine dorsale Verrenkung entstehen lässt. Malgaigne lehrt, dass die volare Luxation durch eine forcierte Supinationsbewegung hervorgebracht wird. **Stoffel**-Heidelberg.

57) **Riedl.** Zur Kasuistik der Brachydaktylie: Ein Fall von doppelseitiger Verkürzung des III. bis V. Metakarpalknochens.

Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. XI. H. 6. S. 447.

Anscheinende Verkürzung des 3. bis 5. Fingers, sodass der Zeigefinger am meisten hervorragt. Die Verkürzung ist hervorgerufen durch eine abnorme Bildung der Mittelhandknochen, deren Diaphysen auffallend kurz, und deren Köpfchen wie „gequollen" aussehen, als ob sie in der Längsrichtung komprimiert wären. Die Phalangen der Finger und die Handwurzelknochen entsprechen in ihrer Grösse und Form normalen Verhältnissen. Die Ursache war bei dem Alter (22 J.) nicht mehr zu erkennen. **Meyer**-Heidelberg.



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

58) **Accornero** (Genua). Retrazione dell' aponevrosi palmare e degenerazione neuropsichica.

Gazz. degli osped. e delle clin. 1908. Nr. 2.

Verf. illustriert einen Fall, bei welchem die Bedeutung nicht durch die Diagnose, welche leicht ist, sondern durch die Erscheinungen gegeben ist, welche die Krankheit begleiten und die alle beweisen, dass die Aponeurositis palmaris nicht auf ein Trauma zurückzuführen ist, sondern vielmehr der in die Erscheinung tretende Ausdruck eines degenerierten oder wenigstens durch hereditäre Tabes zu den vielfältigen krankhaften Kundgebungen prädisponierten Körpers ist, zu denen ein kongenital zerrüttetes Nervensystem Anlass gibt. **Buccheri**-Palermo.

59) **Montandon.** Die Theorie der verschiedenen Mechanismen der Lunatumluxation.

Beitr. zur klin. Chir. Bd. 57. H. 1.

Radius, Lunatum und Capitatum sind als zusammengesetztes Gelenk ähnlich einem Kreuzgelenk mit sich schief schneidenden Achsen nach Ansicht des Verf. aufzufassen.

Die Hauptform der Lunatumluxationen ist die volare, doch kommen auch sehr selten dorsale vor. Der Mechanismus letzterer Form ist nicht mit Sicherheit geklärt. Die volare Luxation ist als zweizeitige direkte Luxation aufzufassen: 1) das capitatum verschiebt sich dorsalwärts, und 2) das lunatum weicht volarwärts aus, durch den Druck des capitatum bezw. des ganzen carpus, der entweder in toto oder in parte das capitatum auf einer Wanderung dorsalwärts begleitet hat, verschoben. Das lig. radio-lunatum, ein Teil des lig. radio-carpeum volare, reisst nicht, es kann also erst das lunatum volarwärts ausweichen, wenn das capitatum dorsalwärts luxiert it. Falls alle Verbindungen des Lunatum zerrissen sind, kann es auch durch Druck der benachbarten Knochen zu einem einseitigen Austreten des Lunatum kommen. Die Entstehung der Lunatumluxationen geschieht am häufigsten bei Einwirkung der Gewalt bei Ulno-Dorsalhyperflexion, kann aber auch bei Volarhyperflexion eintreten.

Sechs Krankengeschichten und zahlreiche, z. T. schematische Zeichnungen erleichtern das Verständnis der Arbeit.

Meyer-Heidelberg.

60) **C. Schlatter** (Zürich). Subkutane Sehnenzerreissungen an den Fingern.

Deutsche Zeitschr. für Chirurgie. Bd. 91. H. 3—4. Pag. 317.

Die Abreissung der Streckaponeurose am Nagelglied ist häufiger, als im allgemeinen angenommen wird. S. hat 9 eigene Beobachtungen zu verzeichnen, deren Krankengeschichten er bringt. Das veranlassende



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Trauma war oft auffallend geringfügiger Natur. Meist wurden die Fingerkuppen angestossen, wobei der Stoss auf den in Streckstellung fixierten Finger im Sinne der Flexion wirkte. Bei diesen 9 Fällen war der Knochen immer intakt im Gegensatz zu den Beobachtungen anderer Autoren, die öfters Rissfrakturen verzeichnen. Mittel-, Ring- und Kleinfinger (Ansatzstellen des Extensor digit. commun.) sind am meisten von der Verletzung betroffen. Beim Zeigefinger und besonders beim Daumen leistet die grössere Festigkeit der Strecksehne mehr Garantie. Als Symptome sind anzuführen: Beugestellung des Nagelgliedes, Unmöglichkeit aktiver Streckung, unbehinderte passive Streckung, leichte Schwellung und geringe Schmerzhaftigkeit der Nagelgelenkgegend.

Was die Therapie betrifft, so bringt die Schienenbehandlung (Fixation des Nagelgliedes in Streckstellung) sicher öfters gute Resultate. Doch bleiben immer eine Reihe von Fällen übrig, die nur auf blutigem Wege zur Heilung gebracht werden können. Bei der Operation kann ein Umstand sehr misslich werden: die Streckaponeurose ist so schwach ausgebildet, dass ihre zarten Fasern beim Knüpfen der Nähte durchreissen. Von der Operation auszuschliessen sind die Abrissfrakturen. Ein Kriterium, ob das blutige oder unblutige Verfahren indiziert ist, bildet die Stellung des Nagelgliedes: steht dasselbe stark flektiert, so ist sehr wahrscheinlich der gesamte Streckapparat durchrissen, dann wird nur die blutige Vereinigung Heilung bringen. Bei geringer Flexion des Endgliedes hat Schienenbehandlung Aussicht auf Erfolg. — Sehr viel seltener als die eben behandelte Verletzung ist der Abriss des an der Mittelphalanx inserierenden Teiles der Strecksehne. S. berichtet über einen solchen Fall. Der Kleinfinger stand im ersten Interphalangealgelenk rechtwinklig gebeugt. Bei der Operation fand sich ein 7 mm langer und 3—4 mm breiter Riss in der Strecksehne. Das Gelenk war eröffnet. Naht. Gutes Endresultat.

Weiter berichtet S. über eine subkutane Abreissung des Extens. pollic. long. dext. in der Gegend der Tabatière. Die Sehnenruptur trat bei einer einfachen Greifbewegung auf. Wahrscheinlich hatte ein zwei Monate vorher stattgehabter Fall eine Prädisposition geschaffen. Da eine zu grosse Diastase zwischen beiden Sehnenstümpfen bestand, so wurde der Extens. carpi radial. long. auf das periphere Sehnenende überpflanzt. Gutes Endresultat.

Auch einen Fall von Abriss der Sehne des Flex. digit. profundus am Kleinfinger beobachtete S. Der zentrale Stumpf hatte sich bis in die Vola zurückgezogen und war schlingenförmig umgeschlagen. Die Naht brachte guten Erfolg. **Stoffel** - Heidelberg.



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

61) **Schoemaker** (Haag). Die Trochanter-Spina-Linie als diagnostisches Hilfsmittel.

Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie. 19. Bd. 3.—4. H. S. 465.

Zur Feststellung des Trochanterstandes benutzt Sch. eine Linie, die er von der Spitze des Trochanters an der Spina ilei vorbei nach der Mitte des Körpers zieht. Unter normalen Verhältnissen trifft diese Linie die Linea alba etwa in Nabelhöhe. Steht die Trochanterspitze höher, so geht der Treffpunkt auf der Linea alba tiefer, bei Tiefstand des Trochanters höher. Da die Strecke Linea alba—Spina etwa drei Mal so lang ist wie die Strecke Spina—Trochanter, so ist der Ausschlag auch dreimal so gross. Die Linien müssen in Rückenlage bei gleicher Abduktionsstellung der Beine gezogen werden. Rotation des Beines ergibt geringe Beeinflussung des Verlaufs der Linie, doch ist die Verschiebung für den praktischen Gebrauch ohne Bedeutung.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

62) **Hepner.** Beitrag zur Kenntnis des Trendelenburgschen Symptoms.

Monatsschr. für Unfallheilkunde und Invalidenwesen. 1908. Nr. 2. S. 33.

36 jähr. Mann glitt auf der Strasse aus und fiel mit der rechten Gesässhälfte auf die Kante des Bürgersteiges. 9 wöchige Bettruhe, seitdem unbeholfener und schmerzhafter Gang. Deutliche Atrophie des Glutaeus medius und minimus. Beim Stehen auf dem kranken Bein Herabsinken des Beckens auf der gesunden Seite, Oberkörper wird kompensatorisch nach der anderen Seite gebeugt. Sämtliche Bewegungen im Hüftgelenk frei, nur die aktive Abduktion bleibt um die Hälfte zurück. Der Gang war bei jedem zweiten Schritt, wenn das kranke Bein das Stützbein abgab, stark watschelnd. Unentschieden bleibt, ob die Symptome durch eine direkte Muskelverletzung oder eine Nervenverletzung entstanden sind. Glutaeus maximus vollkommen intakt.

Meyer-Heidelberg.

63) **David.** Coxa valga.

Monatsschr. f. orthop. Chir. und phys. Heilmethoden. 1907. Nr. 9.

D. ist mit Friedländer und Lorenz der Ansicht, dass die kongenitale Coxa valga, ebenso wie die Coxa vara auf mechanische Ursachen zurückzuführen ist. Druck auf den Trochanter drängt den Kopf gegen den Pfannenrand bezw. Acetabulum, den Femurschaft gegen den vorderen, oberen Beckenrand, vergrössert also den Schenkelhalswinkel; umgekehrt bei Druck in der Richtung auf den hinteren Pfannenrand bezw. an die hintere Kapsel entsteht neben der Hüftluxation eine Coxa vara.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hüftluxation und Verbiegung des Schenkelhalses entsteht also durch dasselbe Moment. Sind die Gewebe, gegen die das Femur gepresst wird, nachgiebig, so werden sie vom gegenpressenden Kopf verdrängt, es entsteht eine Luxation; sind sie widerstandsfähig, so entsteht die Verbiegung des Schenkelhalses. Auf einem selbstbeobachteten Röntgenbilde sieht man, dass durch die Verbiegung des Schenkelhalses der Kopf in der Pfanne nach oben verschoben und der Kontakt zwischen Pfanne und Kopf gelockert ist. Ein geringer Anstoss hätte die völlige Luxation herbeiführen können.

Ueber die traumatische und statische Coxa valga berichtet Verf. nach den Erfahrungen anderer Autoren. **Meyer**-Heidelberg.

64) **Pajerno.** Behandlung und Mortalität bei Schenkelhalsfrakturen.
Dissert. Königsberg 1907.

Um zu prüfen, welche Gefahren den meist bejahrten Patienten mit Schenkelhalsfrakturen aus einer längeren Bettruhe, die doch eine Extensionsbehandlung notwendig macht, erwachsen, hat P. die Fälle, die in dem Königsberger städtischen Krankenhause in den letzten Jahren behandelt wurden, zusammengestellt. Bei 16 Extensionsfällen der Männer kamen 2 Todesfälle vor, die aber nicht der Methode zur Last zu legen sind, bei 34 der Frauen ist der Zusammenhang zwischen tödlichem Ausgang und Bettruhe fünfmal nicht auszuschliessen. **Blencke**-Magdeburg.

65) **H. A. Wilson** (Philadelphia). Treatment of ununited fractures of the neck of the femur by the use of coin silver nails.
Americ. journ. of orth. surg. Vol. V. 3. p. 339.

Neben tabellarischer Anführung von 13 Fällen, in denen eine alte nicht zusammengeheilte Femurhalsfraktur genagelt wurde, berichtet W. über einen eigenen Fall (36 jährige Frau), wo er mit einem Silbernagel, der vom Trochanter major bis zum Acetabulum ging, die fibrös vereinigten Fragmente, die vor $1^1/_2$ Jahren gebrochen waren, in richtiger Stellung zusammengenagelt hat. Die Röntgenbilder, die 2 Jahr später angefertigt wurden, zeigten gute knöcherne Vereinigung, wenn auch Verkürzung des Schenkelhalses und Coxa vara. Patientin, die vorher nur mit 2 Krücken mühsam sich fortbewegen konnte, ist wieder zum normalen Gehen gebracht worden. **Ewald**-Hamburg.

66) **Perret.** Ueber die Dauerresultate bei Coxitis tuberculosa an der Hand von 65 Fällen.
Diss. Bern. 1908.

Auf der chirurgischen Abteilung von Prof. Niehans in Bern


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628 / Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wurden seit dem Jahre 1880 230 Fälle von tuberkulöser Hüftgelenkserkrankung behandelt, von denen P. 65 genau nachuntersuchen konnte. Von diesen 65 wurden 23 konservativ, 25 konservativ-operativ und 17 operativ behandelt. Da es sich um eine rein statistische Arbeit handelt, ist es aus begreiflichen Gründen nicht möglich, auf die Einzelheiten der sehr lesenswerten Dissertation näher einzugehen.

Blencke-Magdeburg.

67) **Nyrop** (Kopenhagen). Eine Prothese bei Exarticulationen im Hüftgelenk.

Zeitschr. f. orth. Chir. XIX. Bd. 3.—4. H. S. 432.

Verf. beschreibt eine bereits von Ernst Nyrop angegebene Prothese, die auf demselben Prinzip basiert wie das von N. konstruierte Kniegelenk. Dadurch, dass die Gelenkachsen geringern Spielraum haben, liegt das Körpergewicht beim Stehen nicht auf den Achsen, sondern auf der Prothese selbst. Im Stehen wird durch diese ausgedehnte Reibung eine grosse Festigkeit erreicht, während beim Abheben des Beines vom Erdboden die Prothese frei in ihren Achsen pendelt. Es wird auch das Sitzen für den Patienten bei dieser Konstruktion leichter.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

68) **Ghillini** (Bologna). Experimentelle und angeborene Hüftgelenksverrenkung.

Zeitschrift für orthop. Chirurgie. XIX. Bd. 3.—4. H. S. 415.

G. hat an Kaninchen, bei denen er experimentelle Hüftluxationen erzeugte, die anatomischen Verhältnisse des Hüftbeins und des oberen Endes des Oberschenkels studiert. Der Zeitraum zwischen der Verrenkung und der Sektion betrug 14 Tage bis 1 Jahr. Veränderungen am Becken zeigten sich schon sehr bald. Das Hüftbein ist nach hinten verschoben, die Knochenwandung verdickt, die alte Pfanne verkleinert, die neugebildete Pfanne weit und flach. Am Femur atrophiert der obere Teil, der Kopf wird ganz glatt und dünn. Der Schenkelhals ist nicht immer verkürzt, der Kopf meistens herabgesenkt, seltener erhoben. Anteversion ist stets festzustellen. Verf. erwähnt, dass er schon früher auf Grund derartiger anatomischer Untersuchungen bei der Einrenkung die Einstellung in Innenrotation angeraten habe, um den Kopf in der Pfanne zu fixieren, ebenso bei Herabsetzung des Kopfes die Abduktion, bei Erhebung die Adduktion. Auf Grund dieser Untersuchungen hält Verf. auch eine Restitutio ad integrum für unmöglich und ist nur von der Bildung einer Nearthrose überzeugt, die allerdings in funktioneller Beziehung sehr gut sein kann. Im grossen und ganzen sind diese experimentellen Veränderungen beim


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tiere die gleichen wie sie beim Menschen beobachtet wurden. Verf. sieht hierin auch eine bedeutsame Stütze der Theorie der mechanischen Entstehung der Hüftluxation. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

69) **Pacinotti** (Camerino). Su di un caso di lussazione congenita bilaterale dell' anca.

Gazz. degli osped. e delle clin. 1908, Nr. 17.

Verf. beschreibt einen Fall von angeborener doppelseitiger Hüftluxation, von dem er Gelegenheit hatte, den pathologisch-anatomischen Befund der alterierten Gelenke zu erheben. Durch diesen Befund sieht sich Verf. zur Annahme veranlasst, dass der erste Anfang der doppelseitigen Verlagerung der Gelenkflächen in einer sehr frühen Periode des fötalen Lebens eingetreten sein musste durch eine Entwicklungshemmung in der Gelenkhöhle, um so mehr als dieser Error loci in der Disposition der Teile, welche die Gelenkpfanne bilden sollten, auf beiden Seiten wiederholt war.

Verf. bemerkt weiter, dass in dem mitgeteilten Fall die Behandlung mit der forcierten Reduktion nicht möglich gewesen sein würde, da zwar die beiden Schenkel leicht dem Zug gehorchten, die Gelenkköpfe aber und die relativen Pfannen einen nicht abstellbaren primären Entwicklungsdefekt gehabt hatten. **Buccheri**-Palermo.

70) **Guicciardello** (Rom). Osteomielite tubercolare dei condili del femore.

Il Policlinico. 1908, Nr. 9.

Die Arbeit bringt eine Vorlesung von Prof. Durante, in der Verf. nach Darlegung eines klinischen Falles die Resektion beschreibt, wie sie von dem Kliniker zu Rom ausgeführt wird, nämlich durch Exzision eines Knochenkeiles zwischen den Kondylen des Femur und Einfügen der keilförmig zugeschnittenen Tibia in diesen Ausschnitt. Womöglich wird die Kniescheibe stets erhalten und auf die Tibia aufgenagelt, wodurch die Tibia an der Verschiebung nach vorn und hinten verhindert wird und dem Quadriceps der Ansatzpunkt an der Tibia erhalten bleibt.

Wenn die Erhaltung der Kniescheibe und die keilförmige Resektion nicht möglich ist, dann wird zur transversalen Resektion gegriffen, wobei die Resektionsflächen mittelst Metallnaht an den Seiten und vorn oder nach Kocher durch Nägel immobilisiert werden, welche, in die Tibia eingeschlagen, am Femur endigen. **Buccheri**-Palermo.

Generated on 2019-06-08 18:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

71) **Mariotti** (Treviglio). Gangrena dell' arto inferiore da lesione traumatica dei vasi poplitei.

La clinica chirurgica, 1907, Nr. 12.

Die Verletzung betrifft die Arteria poplitea, und das Interesse des Falles ist dadurch gegeben, dass die traumatische Ursache fast nichtssagend war. Dies erklärt sich dadurch, dass die Arterien des Pat. zur Ruptur durch einen vorgeschrittenen Prozess der Arteriosklerose prädisponiert waren. **Buccheri**-Palermo.

72) **Soler.** Resección total de la rodilla. Tratamiento postoperatorio.

Rev. de Mediz. y Cir. prakt. de Madrid. 14. II. 08. No. 1014. Aus Revist. de Ciencias Medicas de Barcelona.

S. ist ein Anhänger der totalen Resektion bei Tuberkulose des Kniegelenks und schildert an der Hand von 5 Fällen die von ihm geübte Methode der Operation und Nachbehandlung. Erstere bietet nichts Besonderes; der grösste Wert wird mit Recht auf sehr exakte Entfernung der ganzen Synovialis gelegt. In den Verband werden 3 Drains eingefügt, und zwar ein mittleres und 2 seitliche. Die Knochen werden mit Silberdraht vernäht, die Hautwunde wird soweit als möglich geschlossen und ein Gipsverband angelegt, in dem nach einigen Stunden Fenster entsprechend den Drains eingeschnitten werden. Nach 12—13 Tagen werden die Metall- und die Hautnähte entfernt. Zu diesem Zwecke wird das Bein senkrecht in die Höhe gehoben, sodass es mit dem Körper fast einen rechten Winkel bildet und dann wird der Gipsverband von der hinteren Seite her in der Mittellinie eröffnet. Hierdurch soll jede unnötige Bewegung des Knies besonders gut verhütet werden. — Es werden dünnere Drains eingelegt und nochmals ein Gipsverband gemacht. Wenn die Eiterung besonders heftig ist, wird 4 % Chlorzinklösung zur Beförderung der Heilung in Anwendung gebracht. Die Immobilisation des Beines dauert 3—4 Monate. **Stein**-Wiesbaden.

73) **Curcio** (Neapel). Il raddrizzamento forzato nella cura del ginocchio valgo.

La rassegna di terapia. Agosto 1907.

Verf. bemerkt, dass das forzierte Redressement des Genu valgum den Zweck hat, in einem einzigen Moment die Korrektion des Valgismus zu erzielen. Das Knie soll korrigiert und eventl. auch hyperkorrigiert werden. Er gibt die Regeln zur Ausführung dieses Redressements und legt schliesslich die Verdienste dieser Methode und die gegen sie erhobenen Anschuldigungen dar. **Buccheri**-Palermo.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

74) **Bergolli** (Mailand). Le fratture della gamba.

La clinica chirurgica. 1907. Nr. 12.

Verf. gibt einen Ueberblick über die auf der Abteilung Padiglione Ponti beobachteten Frakturen des Unterschenkels. Nach einigen anatomischen Hinweisen bespricht er die allgemeinen Charaktere der Unterschenkelfrakturen. Auf 2194 in dem Triennium 1904—1906 zur Beobachtung gelangte Frakturierte entfallen 635 Fälle von Fraktur des Unterschenkels, d. h. 28,9 Prozent.

Neben der Frequenz beschäftigt er sich mit den bedingenden Ursachen, direkten wie indirekten, wie auch mit den pathologisch-anatomischen Eigenschaften der Frakturen in Abhängigkeit von ihrem Entstehungsmechanismus.

Darauf bespricht er die besonderen charakteristischen Merkmale, welche die Knochenläsionen in den verschiedenen Segmenten des Unterschenkels zeigen, sowie die übrigen charakteristischen Merkmale inbezug auf die Symptomatologie, die Prognose und die Therapie der Läsionen selbst. **Buccheri**-Palermo.

75) **I. Riedinger** (Würzburg). Hypertrophie der Wadenmuskulatur im Anschluss an Venenthrombose nach Typhus.

Arch. f. Unfallheilk., Mechanoth. u. Unfallchir. 1908. Bd. VI, Heft 2 u. 3, p. 229.

Ein 39jähriger Mann erkrankte vor 17 Jahren an Typhus und im Anschluss daran an einer Thrombose der rechten Oberschenkelvene, wobei das Bein stark anschwoll. Seitdem ist das Bein permanent dicker (Oberschenkelumfang 6 cm, Unterschenkel 7), ohne aber Beschwerden zu verursachen. Objektiv findet sich eine Volumzunahme des Muskelbauchs des Gastroknemius; ebenso ist die rechte Oberschenkelmuskulatur kräftiger entwickelt. R. nimmt als Ursache der Hypertrophie venöse Hyperämie infolge Verlegung des Blutflusses (Bier) an. **Ewald**-Hamburg.

76) **E. Kirsch** (Magdeburg). Peroneusersatz durch Seidenplastik.

Münch. med. Wochenschr. 1908. Nr. 23, p. 1237.

Ein 14jähriges Mädchen hatte sich im Alter von 4 Jahren durch Fall in ein Fenster die Peronei durchschnitten. Da die Sehnen nicht wieder vereinigt wurden, so bildete sich trotz verschiedener Apparate immer mehr ein Pes varus heraus. K. ging zweizeitig vor: zunächst wurde nach Tenotomie des tibialis posticus und der Achillessehne der Klumpfuss redressiert und in überkorrigierter Stellung durch einen Gipsverband fixiert.

Nach mehreren Wochen sollte die Funktion der Peroneen wiederhergestellt werden. Doch war an Stelle der Sehne des



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

peron. longus nur ganz morsches Gewebe zu finden, das einen nennenswerten Zug nicht mehr ausüben konnte. Deswegen wurde ein Seidenfaden an Gastroknemius, resp. Achillessehne, befestigt, in einer Länge von 25 cm hinter dem Malleolus ext. unter dem Ligament durchgeleitet, am Kuboid durch Periost und Bindegewebe gezogen und auf demselben Wege wieder zurückgeleitet; ebenso eine zweite Schlinge. Heilung p. p., 7 Wochen Bettruhe, 5 Wochen Gehverband. Dann Massage, Uebungen, Faradisation, wodurch die normale Haltung und aktive Abduktionsmöglichkeit des Fusses erreicht wurde. Gang ganz gleichmässig. **Ewald**-Hamburg.

77) **Schwarz** (Halle a. S.). Ein Fall von fibromatöser Verdickung der Achillessehne.

Münch. med. Wochenschrift. 1908, Nr. 23, p. 1235.

Der 41jährige Patient acquirierte durch Umkippen einer Karre mit Mauersteinen eine Fussquetschung, die bald wieder so weit beseitigt war, dass der Mann arbeiten konnte. 4 Wochen später hatte sich an der Achillessehne 1 Finger breit oberhalb des Ansatzes eine Verdickung herausgebildet, die anscheinend von der Sehne ausging und die Beschaffenheit eines Schleimbeutels hatte. Schmerzen, mangelhafte Dorsalflexion und dadurch bedingte Gehstörung. Bei der Operation fand sich ein weissgelbes, weiches, von Gefässen durchsetztes Fibrom, das der Achillessehne aufgelagert war und zum Teil in sie hineinging. Exstirpation, Heilung, Besserung der Dorsalflexion.

Aetiologie unklar: rheumatische Erkrankung wahrscheinlich, aber auch Ueberanstrengung und Reibung durch schlechtes Schuhwerk möglich. **Ewald**-Hamburg.

78a) **Haglund** (Stockholm). Zur Frage des Os tibiale externum.

Zeitschr. für orthopäd. Chirurgie. XIX. Bd. 3.—4. H. S. 452.

H. verteidigt sich in diesem Artikel gegen die von Lilienfeld erhobenen Einwände. Die von ihm beobachteten Knochen an der Spitze des Os naviculare pedis seien ihrem ganzen Aussehen nach Frakturprodukte und nicht unter die Tarsalia zu rechnen. Auch der klinische Befund spreche für die Diagnose einer Fraktur.

78b) **Lilienfeld** (Leipzig). Antwort auf die Erwiderung des Herrn Haglund.

Zeitschr. für orthopäd. Chirurgie. XIX. Bd. 3.—4. H. S. 456.

L. betont nochmals, dass es sich in den von Haglund veröffentlichten Fällen nur um Tarsalia handeln könne. Bruchstücke des Os naviculare seien es auf keinen Fall. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

79) **Ohse.** Ueber Dauererfolge bei Behandlung der Fusswurzeltuberkulose durch Resektion mit vorderem und hinterem Querschnitt.

Beitr. zur klin. Chirurgie. 57. Bd. 2. Heft. S. 275 ff.

Nachuntersuchung des Materials, bei dem in den letzten 13 Jahren an der Madelungschen Klinik wegen Fusswurzeltuberkulose mittels des dorsalen Lappen- oder hintern Querschnitts die Resektion vorgenommen würde. Es wurde grundsätzlich ohne Schonung alles krankhafte entfernt und die durchschnittenen Sehnen nicht wieder vereinigt. Von 115 Fällen musste 30 Mal die spätere Amputation gemacht werden, 48 Fälle konnten nachuntersucht werden. Völlig ausgeheilt waren 42, mit oberflächlichen Fisteln waren 5 Fälle, ungeheilt 1 Fall. Bei 15 Fällen war knöcherne Ankylose in guter Stellung, in 19 Fällen war bindegewebige Vereinigung eingetreten, davon 1 Mal mit fast normaler, 7 Mal mit guter und 7 Mal mit ziemlich guter Beweglichkeit, 4 Mal hatte sich ein Schlottergelenk ausgebildet. Das Gehvermögen mit entsprechender Schuhvorrichtung war in 28 Fällen sehr gut, in 12 gut, in 6 mässig und in 2 schlecht. 22 Operierte waren vollkommen arbeitsfähig, 14 konnten einen halben Tag stehend oder gehend zubringen, bevor Ermüdung eintrat, 2 konnten bis 1 Stunde schmerzlos gehen, 7 benutzten einen Stock und 1 eine Krücke. Betr. des Alters zeigt sich, dass die Gebrauchsfähigkeit auch bei völlig ausgeheiltem Fuss, in höherem Alter nur in geringem Masse eintrat.

In 15 Fällen war die Stellung des Fusses mit nur geringem Unterschied von dem normalen, in 22 Fällen leichter Plattfuss mit Pronationsstellung, in 4 bei ausgedehnter Resektion Breit- und Plattfuss, hiervon die Hälfte mit Supination, die andere mit Pronation. 3 Mal hatte sich leichter Hohlfuss gebildet. Der Allgemeinzustand war in den meisten Fällen günstig beeinflusst.

Meyer - Heidelberg.

80) **J. E. Goldthwait** (Boston). An operation for the stiffening of the anklejoint in infantile paralysis.

Americ. journ. of orthop. surg. 1908. Bd. V, Nr. 3, p. 271.

G. ist mit den Resultaten der einfachen Arthrodese des Sprunggelenks bei Kinderlähmung nicht zufrieden; er vermisst zu oft eine knöcherne Ankylose und führt dies darauf zurück, dass die angefrischten Gelenkflächen nicht genug Berührungspunkte miteinander hätten Dies kommt namentlich daher, dass die Unterschenkelgabel für den Talus zu weit ist. G. macht deshalb eine schiefe Osteotomie am Malleolus der Fibula, so dass die Gabel auch seitlich den Talus fassen kann.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kapselnaht — Gipsverband. Nach 2 Wochen Controle und eventuelle Korrektion, dann neuer Gipsverband für 4 Wochen, nach welcher Zeit der Pat. im Verband laufen kann. **Ewald**-Hamburg.

81) **Landwehr** (Köln). Ein Fall von Fractura ossis navicularis pedis.

Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie. 19. Bd. 3.–4. H. S. 445.

Zur Frage der Fraktur des Kahnbeins resp. des Os tibiale ext. gibt L. einen Beitrag durch genaue Beschreibung eines Falles von isoliertem Bruch des Naviculare. Wie der Bruch zu Stande gekommen war, blieb unklar. Als Folgeerscheinung hatte sich später ein fixierter Plattfuss entwickelt. Das Röntgenbild ergab einen deutlichen Bruchspalt mit medialer Dislokation des medialen Fragments, Knochenschatten stark aufgestellt. Wegen des bestehenden Plattfusses wurde, nachdem ein Versuch mit Gipsverband und Plattfusseinlagen nicht zum Ziele geführt hatte, nach Auslöfflung des Naviculare ein Redressement des Fusses vorgenommen, das ein gutes Resultat ergab. Die Diagnose liess sich aus obigem mit Sicherheit stellen und war ein Tarsale auszuschliessen. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

82) **Stieda.** Ueber eine doppelseitige isolierte Luxation des I. Metatarsus.

Berliner klin. Wochenschrift Nr. 10. (08) S. 497.

Ein Müller wurde vor sechs Jahren von der Welle an seinen Kleidern erfasst und mehrfach herumgeschleudert, wobei er mehrmals mit den Füssen an eine Leiter anstiess. Die Kleidung zerriss und er fiel aus $1^1/_2$ m Höhe herab. Bewusstlos. Sieben Wochen Bettruhe. Anfangs Schwellen des Fusses. Klinisch fehlt die normale Wölbung des Fusses. Am Innenrande des l. Fusses in der Gegend des Cuneiforme I nicht druckempfindlicher knöcherner Vorsprung. Am r. Fussrücken, ungefähr in der Mitte, knöcherne, druckempfindliche Vorwölbung. Röntgenologisch findet sich, dass der Metatarsus I mit dem lateralen Rand seines hinteren Endes an die Innenwand des Cuneiforme I getreten ist. Der Raum zwischen Metatarsus I und II sehr weit. Metatarsus I samt der grossen Zehe sind nach hinten gerückt. Knochenwucherungen vor und hinter der Berührungsstelle des Metatarsus I und Cuneiforme I. Weitere arthritische Veränderungen in den übrigen Metatarsophalangealgelenken. R. ist der Metatarsus I lateralwärts verschoben, so dass die Gelenkfläche des Cuneiforme I nicht mehr berührt wird, ebenso auch Metatarsus II. Die Basis der Grundphalanx der Grosszehe zum Köpfchen des Metatarsus I medial-



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

wärts verschoben. Palpatorisch ist auch der Metatarsus I r. nach oben luxiert. Es besteht also l. eine isolierte mediale Luxation des I Metatarsus, eine sehr seltene Verletzung, r. eine isolierte dorsolaterale Luxation des I. Metatarsus kombiniert mit einer lateralen Luxation des Metatarsus II.

Der Mechanismus bestand in starker Gewalt durch Anstossen der Leiter gegen den Mittelfuss und entgegengesetzte Gewaltrichtung des schwingenden Körpers, wodurch der hintere Fussabschnitt nach der anderen Seite gedrängt wurde. Da die Gewaltrichtung schnell vorübergehend war, kam nur die isolierte Luxation zustande, die durch die grosse Beweglichkeit der I. Metatarsophalangealgelenke und durch das Verhalten der Ligamente im I. Interstitium begünstigt wurde.

Meyer-Heidelberg.

83) **René Massacré.** Contribution à l'étude des fractures métatarsiennes.
(Thèse de Paris, 1908.)

Diese von Mouchet inspirierte Arbeit zeigt, dass man durch die Radiographie in vielen Fällen die Diagnose von Bruch der Metatarsusknochen machen kann, in welchen die klinische Untersuchung allein hierzu nicht ausreichen würde. Es hat sich ferner gezeigt, dass diese Brüche viel weniger selten vorkommen, als man früher, vor Anwendung der Röntgen-Untersuchung geglaubt hat.

Die Ursachen dieser Frakturen sind direkter oder indirekter Natur. In ersterem Falle handelt es sich meistens um das Auffallen eines schweren Gegenstandes auf den Fuss, um Ueberfahren oder Fall von einer grossen Höhe. Der Bruch ist meist an der Stelle, wo das Trauma eingewirkt hat, zu finden und hat verschiedene Form, je nach der Art desselben.

Unter den indirekten Ursachen dieser Brüche wären forzierte Märsche, Fehltritte, Sprung und Fall anzuführen. Sie kommen meist durch eine übermässige Streckung und Adduktion. In einem Falle konnte radiographisch ein ausgeheilter Bruch der Metatarsusknochen festgestellt werden, ohne dass es möglich gewesen wäre, die Aetiologie dieses Bruches und den Zeitpunkt, wann er stattgefunden hat, festzustellen. Am häufigsten sind die mittleren Metatarsusknochen und hauptsächlich der zweite betroffen. Bei indirekten Brüchen durch übermässigen Muskelzug bricht mitunter auch der 5. Metatarsalknochen.

Unter den Symptomen ist der lokalisierte, heftige Schmerz eines der wichtigsten und oft das einzige. Das Oedem kommt häufig zur Beobachtung, während eine abnorme Beweglichkeit sehr häufig fehlt.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Weitere Zeichen sind Ekchymosen, die 24 bis 60 Stunden nach dem Unfalle in der Nachbarschaft des gebrochenen Knochens oder an der Fussohle auftreten.

Die Prognose dieser Verletzung muss mit Vorsicht gestellt werden, da es zur Bildung eines schmerzhaften Kallus mit nachfolgender funktionellen Unfähigkeit des Fusses kommen kann. Auch können sich chronische Gelenkentzündungen und schmerzhafter Plattfuss entwickeln.

Die Behandlung besteht in Ruhelagerung und Watte-Kompressivverband; am dritten Tage ist die Massagebehandlung zu beginnen. Offene Brüche sind nach bekannten Grundsätzen zu behandeln.

E. Toff-Braila.

84) **Lange** (München). Zur Behandlung des Klumpfusses.

Arch. für Orth., Mechanother. und Unfallchir. 1908, Bd. VI, Heft 2 u. 3, p. 232.

Lange beschreibt zunächst seine Methode der Klumpfussbehandlung der kleinen Kinder in den ersten Lebensjahren; zum Fixieren beim Redressement benutzt er einen einfachen Apparat, der dem fixierenden Teil des Lorenzschen Redresseurs gleicht. Er redressiert bis zur Ueberkorrektur und macht einen Gipsverband, nimmt diesen aber nach 2 Tagen ab und ersetzt ihn durch eine abnehmbare Schiene, die einen Dekubitus oder gar eine Nekrose der Extensorensehnen nicht entstehen lässt, wie das der Gipsverband nach L's Meinung tut. Eine weitere unangenehme Komplikation der Gipsbehandlung ist das Ekzem. Immer muss wochenlang gewartet werden, es bilden sich Rezidive, so dass nun Narkosen und Redressements nötig werden, und die Kinder lange Zeit unter ärztlicher Aufsicht bleiben müssen. Der Klumpfuss wird allerdings geheilt, aber die Unterschenkelmuskulatur (Gastrocnemius) atrophiert sehr stark. Daher sei L. zur Schienenbehandlung übergegangen und teile damit die Meinung vieler Kollegen (ausser Ghiulamila, Vulpius, Lorenz). Da ihm seine Schiene sämtliche Forderungen, die er stellte, zu erfüllen schien, so stellte er sich selbst eine »Bettschiene und eine Gehschiene« her, deren Anfertigung er angibt. Die Bettschiene ist eine Aussenschiene, die über einem Modell gearbeitet wird. Dasselbe geschieht mit der »Gehschiene«, die aus einer Celluloidstahldrahteinlage mit hohem Innen- und Aussenrand besteht, und durch eine Aussenschiene den Fuss in überkorrigierter Stellung hält. Näheres muss im Original nachgelesen werden. Ein eingehendes Referat erübrigt sich um so mehr, als die Resultate der mehr als einjährigen Behandlung (!) durchaus keine



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

glänzenden zu sein scheinen, wenigstens nach den beigegebenen Photographien zu urteilen.

Bei der Klumpfussbehandlung der älteren Patienten wendet L. im wesentlichen das Lorenzsche Verfahren an. Er macht besonders auf die Schwierigkeiten der Klumpfussbehandlung Erwachsener aufmerksam (Decubitus, Nekrosen, Tuberkulose, Tod, schwere Gehstörung (1 Fall!)) und tritt für möglichst frühzeitige Behandlung der Deformität ein.

Ewald-Hamburg.

85) **Saxl** (Wien). Supramalleoläre Infraktion der Fibula, ein Hilfsmittel beim modellierenden Redressement des Klumpfusses.

Zeitschr. f. orthop. Chirurgie. 19. Bd. 3.—4. Heft. S. 511.

Wenn auch bei den meisten Fällen das modellierende Redressement des Klumpfusses allein zum Ziele führt, so bleiben doch noch vereinzelte übrig, bei denen sich der Kalkaneus nicht in Pronationsstellung bringen lässt. Um dies zu erreichen, empfiehlt S. die Fibula zu infrangieren, um damit sicher die Korrektur der Supinationsstellung zu erreichen. Angewandt soll dies Verfahren nur werden bei besonders hartnäckigen Fällen im Anschluss an das Redressement.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

86) **Ejnar Nyrop** (Kopenhagen). Om Platfodsbehandling.

Ugeshrift for Lœger. 1908. Pag. 273—76, Fig.

Verf. empfiehlt bei Plattfuss die Anwendung von Zelluloid-Stahl-Einlagen (ad modum Lange, München) — deren Herstellung beschrieben wird — in Verbindung mit Hoffas Fussübungen.

Panum-Kopenhagen.

87) **W. G. Stern** (Ohio). Concerning the etiologie and treatment of congenital talipes calcaneo-valgus.

Americ. journ. of orth. surg. 1908, V. 3. p. 276.

Aus den 23 Krankengeschichten ist zusammenfassend zu bemerken: 15 mal war ein doppelter pes calcaneo-valgus vorhanden. Neunmal lag noch eine andere Deformität vor (Klumpfuss, Knie- oder Ellbogenkontraktur, Spina bifida, Zehenverbildungen). Fast immer wurde der Triceps surae mit der Achillessehne erschlafft gefunden, doch handelte es sich nie um eigentliche Lähmung.

Aetiologisch könnte nur einmal (Spina bifida) ein vitium primae formationis in Frage kommen, sonst immer abnormer Druck der Uteruswand (verminderte Menge des Amnionwassers).



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Alle Fälle sollten sofort überkorrigiert werden, evtl. mit Vornahme von Tenotomien, darauf für 8 Wochen fixiert werden. Sehr gute Resultate in 31 Fällen, 5 Fälle nicht behandelt. — Sorgfältige Literatur.
Ewald-Hamburg.

88) **M. Bilhaut** (Paris). Quelques reflexions sur le pied creux en griffe.

Annales de chir. et d'orth. 1908, 2. p. 33.

Der Klauenhohlfuss verursacht dadurch Schmerzen, dass sich an der Sohle an der Stelle des I. Metatarsophalangealgelenks eine Schwiele bildet, die sich häufig entzündet und längeres Gehen unmöglich macht. Neben der vergrösserten Fusshöhlung findet man die Zehen in Krallenstellung, wodurch namentlich das Capitulum os. metat. I. kräftig nach unten gedrückt wird. Häufig besteht ein leichter Grad von Spitzfuss. (Nicht verwechselt werden darf dieser Hohlfuss, der ganz allmählich entsteht, mit dem paralytischen Hohlfuss, wo die Beuger über die Strecker das Uebergewicht haben). Eine Erklärung für die Stellungsanomalie ist bisher nicht gegeben; Muskel-, Bänderstörungen. Retraktion der Plantaraponeurose können nicht beschuldigt werden, Eine Knochenveränderung hatte bisher noch keiner nachgewiesen. B. findet in den mitgeteilten Röntgenbildern die Masse des vom os naviculare, cuneiform. I—III, und cuboid gebildeten Schattens keilförmig, während das normale Skelett dieser selben Knochengesamtheit annähernd ein rechtseitiges Viereck ist. (Er vergleicht dabei unbegreiflicherweise Schattenbild und mediale Seite des Fussskeletts. Seine Hohlfussröntgenbilder unterscheiden sich bezüglich der Fusswurzelknochen in nichts von einem Röntgenbild des normalen Fusses. Ref.) Therapeutisch rät er zur Bettruhe, Redressement des Hohl- und Spitzfusses und Gradestellung der Zehen, Erhaltung der Korrektion durch einen Gipsverband, der 6 Wochen liegen bleibt. In hochgradigen Fällen macht er die Achillotenotomie und die subkutane Durchschneidung der Plantaraponeurose. Möglichst soll jedoch die Deformität in ihren Anfängen behandelt werden. Ueber Erfolg der Behandlung oder über die Dauerresultate wird nichts gesagt.
Ewald-Hamburg.

89) **Lehr** (Dresden). Ueber die plantare Exostose des Fersenbeins.

Zeitschr. für orthopäd. Chirurgie. 19. Bd. 3.—4. Heft. S. 478.

Nach einer Beobachtung an einem Patienten, bei welchem die Exostose des Fersenbeins erst sekundär bei Plattfuss auftrat, sowie unter Heranziehung der in der Literatur veröffentlichten Fälle kommt


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

L. zu der Ansicht, dass es sich in allen Fällen von Exostosen des Fersenbeins um beginnenden oder ausgebildeten Plattfuss handele, indem die durch die Entfaltung des Fussgewölbes gezerrte Plantarfascie an ihrer Ansatzstelle am Fersenbein Knochenproliferationen hervorrufe. Es würde sich demnach nicht um ein bereits bestehendes Gebilde handeln, das eventl. in Folge eines Traumas (Fraktur) schmerzhaft geworden wäre, sondern um eine Folge der statischen Insuffizienz des Fusses. Therapeutisch erzielte L. mit entsprechend gearbeiteten Plattfusseinlagen schmerzloses Gehen, unter Umständen erwies sich auch die Entfernung der Exostose als rationell. Zur Stütze des Fussgewölbes und Sicherung des erreichten Resultates sind auch dann nachträglich noch Einlagen notwendig.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

90) **Ch. H. Jaeger** (New-York). Gonorrhoeal exostosis of the os calcis.

Amer. journ. of orth. surg. 1908. Vol. V. 3. p. 304.

J. hat in 11 Fällen, die alle Männer vom 18. bis 45. Jahr betrafen, ohne vorhergehendes Trauma nach Gonorrhoe Schmerzen in einer oder in beiden Fersen auftreten sehen, und zwar nur auf Druck oder Belastung an einer ganz bestimmten Stelle der Sohle. Das Röntgenbild zeigt hier regelmässig eine spornartige Exostose. Therapeutisch kann nur die Abmeisselung der Protuberanz in Frage kommen (von J. sechsmal mit gutem Erfolge ausgeführt). Pathologisch-anatomisch handelt es sich um eine ossificierende Periostitis, hervorgerufen durch den Gonococcus, der auch durch Kultur und in Schnitten nachgewiesen wurde. **Ewald**-Hamburg.

91) **Sertoli** (Pisa). Ulcera perforante del piede da spina bifida occulta. Un caso di guarigione colla neurotomia dello sciatico.

La riforma medica. Bd. XXIV Nr. 8.

Verf. berichtet über einen in der Klinik zu Pisa beobachteten Fall, bei dem Prof. Ceci an Stelle der klassischen Methode von Chipault der Streckung des äusseren oder inneren Plantarnerven oder beider in Fällen von Ulcus perforans des Fusses die blutige Streckung des N. ischiadicus treten liess in der Hoffnung, damit den Trophismus des ganzen Fusses zu verändern. Anstatt die Ausschabung oder Exzision des Geschwürs vorzunehmen, wie Chipault empfiehlt, beschränkte er sich auf die einfache Antisepsis, um den alleinigen Einfluss der Streckung kontrolieren zu können. Die Heilung trat überraschend schnell ein. **Buccheri**-Palermo.


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

92) **Heermann.** Bemerkungen über die ambulante Behandlung der Fussgeschwulst.

Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1908. Nr. 5. S. 218.

Verf. empfiehlt Bandagierung des kranken Fusses durch Schnallengurte oder Segeltuchheftpflaster und Einlegen von Watte oder von Gummischwamm in die Fusshöhlung, um von unten eine Stütze zu gewähren, die redressierend und blutzirkulationsfördernd wirkt.

Meyer-Heidelberg.

Kongressberichte, Vereinsnachrichten etc.

93) **Kuh.** Verein Deutscher Aerzte in Prag. 15. Mai 1908.

Münch. med. Wochenschr. 1908. Nr. 23, p. 1262.

K. berichtet über eine typische Verletzung des schnabelförmigen Fortsatzes der oberen Tibiaepiphyse, die meistens bei männlichen Individuen im 13.—14. Lebensjahre zu Stande kommt. An der Spitze des Fortsatzes, welcher der Tuberositas tibiae entspricht, intensiver Druckschmerz in der Ausdehnung einer Fingerkuppe. Bei starker Inanspruchnahme des Beins spontane Schmerzen. Röntgenbild zeigt manchmal die abgebrochene Spitze des schnabelförmigen Fortsatzes, manchmal ist auch der ganze Fortsatz abgebrochen und kallös verdickt. Prognose günstig, da mit der knöchernen Verwachsung der Dia- und Epiphyse das Leiden von selbst aufhört. Therapie: Ruhigstellung des kranken Beins.

Ewald-Hamburg.

Personalnotiz.

Dr. Helbing, der vertretungsweise seit Hoffas Tod mit der Leitung der orthopädischen Universitäts-Poliklinik in Berlin betraut war, erhielt den Professortitel.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

myelitis. — 15) **Klautsch**, Beitrag zur Rachitisbehandlung. — 16) **Höring**, Tendinitis ossificans traumatica. — 17) **Minervini**, Prozess der Sehnenverheilung. — 18) **Straeter**, Hyperämie bei Tendovaginitis crepitans. — 19) **Wissmann**, Muskelangiom. — 20) **Lasarew**, Zur Meralgia paraesthetica. — 21) **Bychowski**, Reflexstudien. — 22) **Poggio**, Claudicatio intermittens des Rückenmarks. — 23) **Hagenbach-Burckhardt**, Familiäre Form von zerebraler Diplegie. — 24) **Léval**, Sekundäre Nervennaht. — 25) **Worbs**, Arbeitsbehandlung Unfallkranker in Nervenheilstätten. — 26) **Goebel**, Erfahrungen mit der Pirquet-Reaktion. — 27) **Durand**, Skopolamin-Injektionen in der infantilen Chirurgie. — 28) **Goyanes**, Heilung paralytischer Deformitäten durch Sehnenplastik. — 29) **Kirchberg-Eiger**, Massageunterricht im Berliner Ambulatorium. — 30) **Amson**, Massage des Abdomen. — 31) **Hasebrock**, Heilgymnastik bei Ernährungskrankheiten. — 32) **Machol**, Bedeutung der Röntgentechnik für die Chirurgie. — 33) **Risacher**, Thymol-Kampfer bei tuberkulösen Abszessen. — 34) **Schanz**, Waschtisch für orth. Operationszimmer. — 35) **Laurent-Brecx**, Zelluloid-Korsett. — 36) **Soutter**, Tragbarer Extensionsapparat. — 37) **Engels**, Normale und anscheinend normale Prominenzen der Wirbelsäule. — 38) **Frank**, Halsrippe und Unfall. — 39) **Comby**, Hämatom des Sternocleido-mastoideus durch schwere Geburt. — 40) **Küthner**, Beiträge zur Hirnchirurgie. — 41) **Watkins**, Spondylolisthesis. — 42) **Dragosch**, Wirbeltuberkulose. — 43) **Hase**, Tuberkulöse Ostitis des Atlanto-Okzipitalgelenks. — 44) **Gaugele**, Redressement alter Pottscher Buckel. — 45) **Gourdon**, Diagnose und Klassifikation der Skoliose Jugendlicher. — 46) **Soutter**, Neuer Stützapparat. — 47) **Cicaterri**, Ueber den Skapula-Humerusreflex. — 48) **Strauss**, Myositis ossificans nach Luxatio clavic. supraacromialis. — 49) **Bruchi**, Heilung durch Metallnaht bei Luxatio clavic. supraacromialis. — 50) **Stieda**, Pathologie der Schultergelenksschleimbeutel. — 51) **Porcile**, Sarkom des Deltoideus. — 52) **Escribano**, Echinokokkenzysten im Humerus. — 53) **Hagenbach-Burckhardt**, Komplizierte Humerusfrakturen. — 54) **Fette**, Seltene Ellenbogenfrakturen. — 55) **Frangenheim**, Myositis ossificans nach Ellenbogenluxationen. — 56) **Haedke**, Volare Ulna-Luxation im distalen Gelenk. — 57) **Riedl**, Brachydaktylie. — 58) **Accornero**, Aponeurositis palmaris. — 59) **Montandon**, Mechanismen der Lunatumluxation. — 60) **Schlatter**, Subkutane Sehnenzerreissungen an den Fingern. — 61) **Schoemaker**, Die Trochanter-Spinalinie als diagnostisches Hilfsmittel. — 62) **Hepner**, Das Trendelenburgsche Symptom. — 63) **David**, Coxa valga. — 64) **Pajerno**, Mortalität der Schenkelhalsfrakturen. — 65) **Wilson**, Behandlung von Femurhalsfrakturen mit einem Silbernagel. — 66) **Perret**, Dauerresultate bei Coxitis tuberculosa. — 67) **Nyrop**, Prothese bei Exartikulationen im Hüftgelenk. — 68) **Ghillini**, Experimentelle und angeborene Hüftgelenksverrenkung. — 69) **Pacinotti**, Angeborene doppelseitige Hüftluxation. — 70) **Guicciardello**, Osteomyelitis der Femurkondylen. — 71) **Mariotti**, Traumatische Gangrän der Arteria poplitea. — 72) **Soler**, Totale Resektion bei Tuberkulose des Kniegelenks. — 73) **Curcio**, Forciertes Redressement des Genu valgum. — 74) **Bergolli**, Unterschenkelfrakturen. — 75) **Riedinger**, Hypertrophie der Wadenmuskulatur. — 76) **Kirsch**, Peroneusersatz durch Seidenplastik. — 77) **Schwarz**, Fibromatöse Verdickung der Achillessehne. — 78) **Haglund** und **Lilienfeld**, Os tibiale externum. — 79) **Ohse**, Dauererfolge bei Behandlung der Fusswurzeltuberkulose durch Resektion. — 80) **Goldthwait**, Arthrodese des Sprunggelenks. — 81) **Landwehr**, Fractura ossis navicularis pedis. — 82) **Stieda**, Doppelseitige isolierte Metatarsusluxation. — 83) **Massacré**, Metatarsusluxationen. — 84) **Lange**, Klumpfussbehandlung. — 85) **Saxl**, Supramalleoläre Infraktion der Fibula beim Klumpfussredressement. — 86) **Nyrop**, Plattfussbehandlung. — 87) **Stern**, Pes calcaneovalgus. — 88) **Bilhaut**, Ueber den Klauenhohlfuss. — 89) **Lehr**, Plantare Exostose des Fersenbeins. — 90) **Jaeger**, Gonorrhoische Exostosen der Ferse. — 91) **Sertoli**, Heilung von Ulcerationen des Fusses durch blutige Streckung des Ischiadikus. — 92) **Heermann**, Ambulante Behandlung der Fussgeschwulst.

Aus Kongress- und Vereinsberichten: 93) **Kuh**, Verletzung der oberen Tibiaepiphyse.

Personalnotiz.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.

Generated on 2019-06-08 18:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. II. Oktober 1908. Heft 10.

Eine künstliche Hand mit aktiv beweglichen Fingern.

Von

Prof. von WREDEN,
Petersburg.

Die Idee, einen Amputationsstumpf herzustellen, welcher im Stande wäre, aktive Bewegungen der Prothese mitzuteilen, gehört dem italienischen Arzte Vanghetti. Derselbe veröffentlichte im Jahre 1898 seine diese Frage behandelnden theoretischen Betrachtungen sowie die Resultate seiner experimentellen Forschungen. Vanghetti nannte solche Prothesen kinematische, und die Herstellung dergleichen Stümpfe deren Kinematisation. Mit Eifer gab sich Vanghetti dem Studium dieser interessanten Frage hin. Er studierte dieselbe sowohl theoretisch als auch praktisch, indem er Experimente an Tieren anstellte; und im Jahre 1906 gab er eine besondere Monographie über dergleichen plastische Amputationen und kinematische Prothesen heraus. Leider fand seiner Zeit Vanghettis interessante Arbeit wenig Anklang und erst Ende des Jahres 1906 wurde Vanghettis Vorschlag von Professor Ceci in dessen Klinik zu Pisa praktisch angewandt.

Vanghettis kinematische Amputation geht darauf hinaus, dass bei der Amputation einer Extremität ein oder mehrere Muskeln erhalten werden. Die peripherischen Sehnenenden derselben werden an ihren Befestigungsstellen abgelöst, zu Schlingen umgebogen und


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

entweder an dem oberen Teil der Sehne selbst, oder an den Muskelbauch angenäht. Die so entstandene mit Hautlappen umnähte Sehnenschlinge bildet, laut Vanghettis Terminologie, den plastischen Motor, welcher späterhin durch Zug die aktiven Bewegungen den respektiven Teilen der Prothese mitteilt.

Solche Veränderung der gewöhnlichen Operationstechnik erweist sich als eine der grössten Neuerungen der gegenwärtigen Chirurgie, deren Vertreter schon längst darnach gestrebt hatten, den Prothesen einige, wenn auch nur automatische Bewegungen zu verleihen.

Zweifellos steht Vanghettis Verfahren eine grosse Zukunft bevor, umsomehr, da die Kinematisation nicht nur im Moment der Operation, wie es Vanghetti selbst vorschlägt, sondern auch nach einer gewöhnlichen Amputation am Stumpf vorgenommen werden kann. Am besten eignet sich dazu der untere Teil des Vorderarmes, da in demselben eine grosse Anzahl Sehnen vorhanden ist.

Gestützt auf diese Erwägungen schien es uns angezeigt, Vanghettis Vorschlag an einem unserer Patienten zu versuchen, welcher schon in seiner Kindheit den grössten Teil der linken Hand verloren hatte.

Der Patient, ein 22 jähriger Arbeiter, trat den 16. November 1906 mit auf der Höhe des Metakarpus verstümmelter Hand ins Orthopädische Institut ein.

Die Sehnen des Vorderarmes waren beim Patienten im Stumpfe fest fixiert und spannten sich deutlich bei jeder willkürlichen Kontraktion der entsprechenden Muskelgruppen. Dieses erlaubte uns auf eine erfolgreiche Anwendung der Vanghettischen Idee zu rechnen. Da es jedoch bei dergleichen Operationen von höchster Wichtigkeit ist, die Sehnenschlinge äusserst sorgfältig mit Haut zu überdecken und letztere am unteren Drittel des Vorderarmes sehr spärlich vorhanden ist, so wurde beschlossen, für den ersten Versuch sich nur der Sehnen des oberflächlichen und tiefen Fingerbeugers zu bedienen.

Zu diesem Zweck wurde unter lokaler Kokainanästhesie (1%) folgende Operation ausgeführt: In der Richtung der erwähnten Sehnen auf der vorderen Seite des Vorderarms wurde ein 7 cm langer Längsschnitt gemacht, der ungefähr 3 Finger breit über der Artikulationslinie des Handgelenkes endete. Durch diesen Schnitt wurden die Sehnen der gemeinsamen Fingerbeuger, sowohl des oberflächlichen als auch des tiefen, blosgelegt, worauf die Sehne des oberflächlichen Beugers am unteren Winkel der Hautwunde quer



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

durchschnitten wurde. Diese Sehne wurde darauf hervorgezogen, ihr freies Ende zu einer Schlinge umgebogen und an die etwas herunter gezogene Sehne des tiefen Fingerbeugers angenäht. Der so erzeugte plastische Motor (Vanghettis Terminologie) enthielt somit den oberflächlichen, sowie den tiefen Fingerbeuger, und es blieb also nichts anderes übrig, als die erwähnte Sehnenschlinge von allen Seiten mit gesunder lebensfähiger Haut zu bekleiden. Um den Teil der Schlinge, der in der Ebene des tiefen Fingerbeugers lag, mit Haut zu decken war es genügend, den erwähnten Längsschnitt durch Nähte zu schliessen. Zur Bekleidung der hervorgezogenen Sehnenschlinge wurden zwei gestielte Hautlappen gebildet, deren Stiele je 2 cm von den beiden Enden des bewussten Hautschnittes entfernt lagen. Der erste dieser Lappen (A) war unter einem Winkel von 45° nach dem inneren Rande des Vorderarmes aufwärts, der zweite (B) unter gleichem Winkel abwärts nach dem äusseren Rande gerichtet. Diese 6 cm langen und 2 cm breiten Hautlappen wurden nach vollzogener Separierung von der Aponeurose mit der Epithelialfläche nach innen durch die erwähnte Sehnenschlinge gezogen, wobei sie die obere und untere Hälfte derselben umschlossen. Die freien Enden der so die Sehnenschlinge umgebenden Hautlappen wurden durch einige Nähte an die Ecken des Längsschnittes sowie an den eigenen Berührungspunkten fixiert.



Fig. 1.

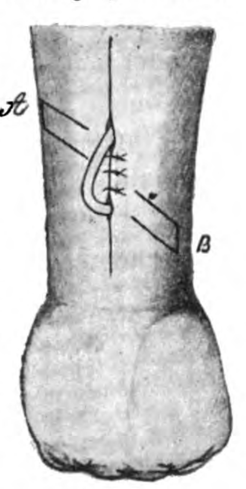


Fig. 2.

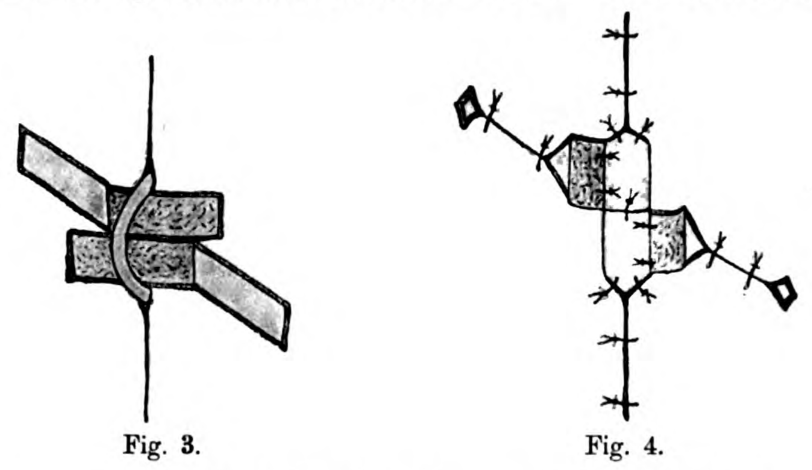


Fig. 3. Fig. 4.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:17 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Ränder der durch Entfernung der Lappen entstandenen Hautdefekte wurden durch einige Nähte vereinigt, ohne jedoch deren Zusammenziehen an der Basis der Lappen und durch die Lücke der so gebildeten Schlinge einen dünnen Mullstreifen geleitet. Auf den Vorderarm wurde ein aseptischer Verband angelegt mit genügender Menge Watte zur Erwärmung der verpflanzten Hautlappen.

Nach Verlauf von 5 Tagen wurden die Nähte entfernt, wobei allenthalben prima intentio erzielt war; nach zwei Wochen wurden die Hautlappen von ihren Stielen getrennt und somit die erwähnte plastische Operation beendet.

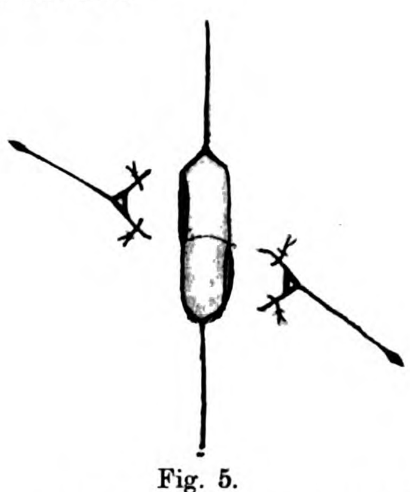


Fig. 5.

Nach weiteren zwei Wochen erwies sich die Verwachsung so solid, dass man zur allmählichen Uebung des hergestellten plastischen Motors schreiten konnte.

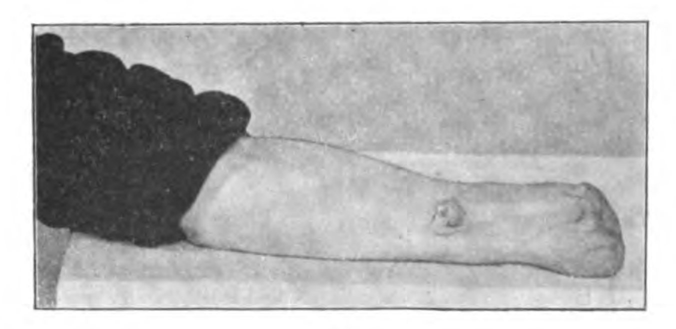


Fig. 6.

Zu diesem Zweck wurde durch die gebildete Schlinge ein Mullstreifen geleitet, an welchem man vorsichtige Widerstandsbewegungen begann. Von solch primitiven Uebungen gingen wir bald mit unserem Motor zum Heben bestimmter Gewichte über. An das eine Ende einer über einen Block laufenden Schnur wurde



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zu diesem Zweck ein Gewicht befestigt, am anderen Ende zog der Patient, dessen Motor auf diese Weise in kurzer Zeit eine Maximalkraft von 12 Pfund erreichte.

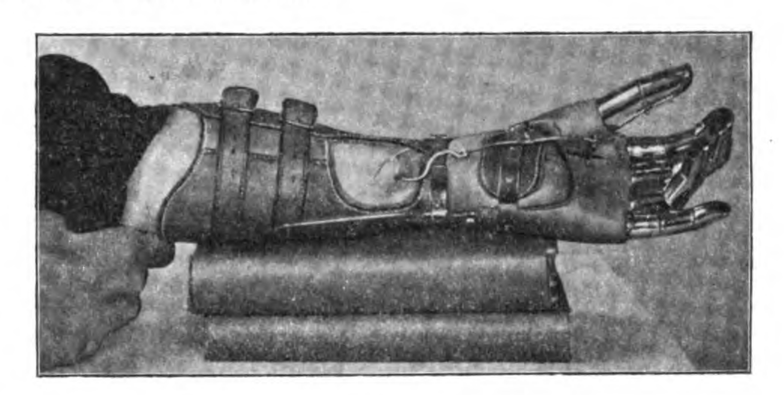


Fig. 7.

Nun schritt man zur Herstellung einer künstlichen Hand mit beweglichen Metallfingern nach Dalisch. Auf der Volarfläche der Prothese an der Daumenbasis wurde eine Hebelvorrichtung angebracht zur Uebertragung der Motorkraft durch feine Drahtsehnen auf die Phalangen des Daumens, des Zeige- und Mittelfingers der künstlichen Hand. Zu diesem Zweck ist durch die Motorschlinge ein vernickelter Stahlhaken gezogen, an dessen freies Ende ein Stahldraht befestigt ist, welcher der Hebelvorrichtung die aktive Kraft des Motors zuführt. Bei Kontraktion der Fingerbeuger kommen der Daumen, der Zeige- und Mittelfinger mit ihren Endphalangen, an deren Vorlarflächen Kaoutchoukkisschen angebracht

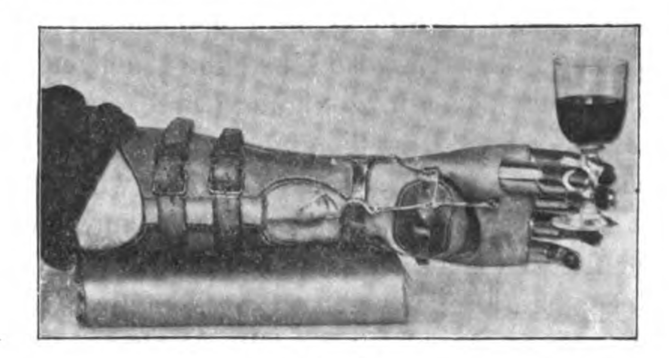


Fig. 8.

sind, in enge Berührung, und geben dadurch dem Amputierten die Möglichkeit, mit der Prothese verschiedene Gegenstände zu fassen und fest zu halten, wobei Extensionsbewegungen durch elastischen Zug ersetzt sind. Dieses Fassen wäre vollständiger, wenn es Vanghettis Angaben folgend statt einer zwei Schlingen gebe, von

Digitized by Google



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

denen die eine die Beugebewegungen des Daumens, die andere die Beugebewegungen der übrigen Finger besorgte. Leider lassen sich gleichzeitig zwei Sehnenschlingen an einem fertigen Stumpf wegen Hautmangel nicht schaffen.

Im Moment einer Amputation sind die Bedingungen viel günstiger, da man hier immer die Möglichkeit finden kann, sich die nötigen Hautlappen herzustellen. Allerdings ist die Herstellung zweier Schlingen auch bei Kinematisation eines Stumpfes möglich, doch bedarf solches zweimaliger Operation. Im vorliegenden Falle, der als erster Versuch der Verwendung des Verfahrens Vanghettis an einem Stumpf betrachtet werden muss, haben wir uns mit einer Schlinge begnügt. Das erreichte Resultat hat in allem Vanghettis Theorie bestätigt, und gibt uns das Recht zu glauben, dass so wie die kinematische Amputation überhaupt, so auch die Kinematisation eines alten Amputationsstumpfes des unteren Drittels des Vorderarmes sehr bald eine verbreitete Anwendung finden werden.

Seventh annual report of the New-York state hospital for the cure of crippled and deformed children 1907.

Dieser Jahresbericht interessiert uns, da sich in Deutschland überall die Fürsorgetätigkeit für die Krüppel regt und das Bestreben sich geltend macht, Krüppelheime zu errichten. Im Berichtsjahr wurden im ganzen 68 Patienten behandelt. Am Schlusse des Jahres befanden sich 46 in der Anstalt, die eigentlich nur für 45 eingerichtet ist. Von den 46 litten an Hüftgelenkstuberkulose 19, Kniegelenkstuberkulose 5, Spondylitis tuberkulosa 7, paralytischem Klumpfuss 5, kongenitaler Hüftgelenksluxation 4, kongenitalem Klumpfuss, Gliederverkrümmungen je 2, Skoliose und kongenitalem Fibuladefekt je 1 Kind. Das Hauptkontingent stellen die tuberkulösen Erkrankungen. Der Hauptwert der Behandlung wird, wie im letzten Jahresbericht schon erwähnt, auf den fast ununterbrochenen Aufenthalt in der frischen Luft gelegt, der durch Liegehallen etc., sowie durch die Gehapparate erleichtert wird. Bis zur völligen Heilung bleiben die Kinder in der Anstalt. Die Resultate der Behandlung sind gute.

Meyer-Heidelberg.

1) **Patry** (Genf). Du „devenu“ de vingt cas de mutilation grave. (Ueber das Schicksal von 20 Fällen schwerer Verstümmelung).

La méd. des accid. du trav. Bd. 5, Nr. 9, (1907) S. 269.

P. hat 20 Fälle von Verstümmlungen der Hand (Verlust mehrerer Finger) speziell bei Maschinisten und verwandten Berufsständen nach


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Festsetzung der Entschädigung (Kapital) weiter verfolgt. Von 17 konnte er genaueres feststellen. Im grossen und ganzen war bei allen, trotzdem die Einbusse an Erwerbsfähigkeit zum Teil recht hoch taxiert worden war, keine Lohnverminderung eingetreten. Die allermeisten hatten im gleichen Beruf weiter gearbeitet. Verf. meint deshalb, dass man auch in solchen Fällen von Verlust einzelner Glieder nicht von einer dauernden Einbusse an Erwerbsfähigkeit reden könne. Gleichwohl hält er eine Entschädigung bei derartig Verletzten durchaus für am Platze, doch müsse sie richtiger als eine Entschädigung für Verstümmlung bezeichnet werden und nicht als eine solche für Herabminderung der Arbeitsfähigkeit.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

2) **Landwehr** (Köln). Pseudohypertrophia musculorum nach Venenthrombose.

Arch. für Orth., Mechan. u. Unfallchirurgie. 1908, Bd. VI, Heft 2. u. 3., p. 217.

Ein 37 jähriger Mann bekam nach einer Venenthrombose eine permanente Anschwellung des Beins, die durch die Kreislaufstörung hervorgerufen wurde. Während der Wadenumfang beim Stehenden eine Differenz von 10 cm ergab, wurde nach 8 tägiger Hochlagerung nur ein Mehrumfang von $2^1/_2$ cm auf der kranken Seite festgestellt. Doch ist auch dann noch eine Volumzunahme der einzelnen Muskelbäuche nachzuweisen, bei gleichzeitiger Schwäche derselben. Aehnliche Krankheitsbilder sind nach L. 15 mal beschrieben. Die Hypertrophie der Muskeln ist dadurch zustande gekommen, dass der venöse Blutrückfluss verlegt ist.

In einem 2. Fall (17 jährige Näherin) handelte es sich um schmerzhafte Varikositäten der unteren Extremität mit sekundärer Muskelatrophie.

Ewald-Hamburg.

3) **Levy.** Ueber die familiäre spastische Spinalparalyse.

Diss. Freiburg 1908.

L. hat die bisher veröffentlichten Fälle aus der ihm zugänglichen Literatur gesammelt und in Tabellenform zusammengestellt. An der Hand dieser Fälle gibt er dann eine Beschreibung dieser Erkrankung in allen ihren Einzelheiten, ohne etwas Neues dem bisher Bekannten hinzuzufügen.

Blencke-Magdeburg.

4) **Tölken.** Statistischer Beitrag zur Aetiologie der Chorea minor.

Diss. Heidelberg 1908.

Auf Grund seines statistisch geordneten Materials von Chorea



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

minor-Fällen, das der Heidelberger Klinik entstammt, kommt T. zu der Ansicht, dass diese Erkrankung in der Mehrzahl der Fälle und zwar in $^2/_3$ bis $^3/_4$ auf infektiös-toxischer Basis beruht und dass sie namentlich zur Polyarthritis rheumatica acuta in engster Beziehung steht, wenn auch die Art dieses Zusammenhanges festzustellen bisher noch nicht gelungen ist. Es ist nach des Verf. Ansicht wohl möglich, dass für das Zustandekommen der Chorea eine rheumatische Infektion die conditio sine qua non bildet, wenn auch der Beweis dafür noch nicht erbracht ist. Solange es nicht gelingt, aus dem Choreablute regelmässig den Infektionserreger einer irgendwie erworbenen, latenten rheumatischen Infektion resp. dessen Toxine nachzuweisen, müssen wir auch andere ätiologische Momente gelten lassen. **Blencke**-Magdeburg.

5) **Dillenburger.** Ueber Osteogenesis imperfecta.

Dissert. Bonn. 1908.

D. beschreibt einen Fall von Osteogenesis imperfecta, bei dem die bei der Sektion gemachten Befunde am Knochensystem in allen wesentlichen Punkten mit den bisher veröffentlichten übereinstimmten. In dem vorliegenden Fall wurde aber noch eine Pachymeningitis gefunden, für die keinerlei Entstehungsursache zu eruieren war. Nach des Verfassers Ansicht bietet sich hier vielleicht ein neuer Anhaltspunkt für die weitere Forschung nach der Aetiologie dieser Erkrankung, da in den bisher veröffentlichten Fällen das Zentralnervensystem noch wenig Beachtung gefunden hat.

Blencke-Magdeburg.

6) **Gerhard Renvall-Helsingfors** (Finnland). Zur Kenntnis der kongenitalen, familiär auftretenden Extremitätenmissbildungen.

Arch. f. Anat. und Physiologie. Anat. Abteil. 1908. Heft 1—2. S. 39.

Bei einer Familie wurden innerhalb 4 Generationen festgestellt: Bei 4 Mitgliedern eine Krümmung des kleinen Fingers im ersten Interphalangealgelenk, beruhend auf einer Entwicklungsanomalie, wahrscheinlich der Weichteile (Gelenk? Gelenkkapsel?) und zwar rechts bei 1—3, links bei einem 4.; bei einem 5. dieselbe Missbildung wie bei 1—3, kombiniert mit Dorsalflexion der 4. Zehe rechts im Metatarsophalangealgelenk (Dorsalsubluxation?) und Verschiebung der 5. Zehe unter die 4.; bei einem 6. sämtliche Deformitäten von Nr. 5 plus Verdoppelung des kleinen Fingers rechts (gekrümmt ist der radiale); bei einem 7. bildet


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nach Angabe der Verwandten die eine Hand einen Fischschwanz, besteht also wahrscheinlich Syndaktylie; bei einem 8. Befund wie bei Nr. 4, dazu rechts Spalthand (Fehlen des 4. Fingers) und partielle Syndaktilie des 2. und 3. Fingers, gleichseitig Hypospadie; bei einem 9., einem Zwilling — der andere Zwilling ist normal —, Missbildung des kleinen Fingers wie bei 1—3, ausserdem Defekt der Ulna links, der 17. Fall von Ulnadefekt in der Literatur überhaupt (!).

Bei 9 Mitgliedern fand sich also ein kongenital krummer kleiner Finger, teils allein, teils kombiniert mit stärkeren Missbildungen (vom Ref. dem Grade nach aufgeführt, nicht der Deszendenz nach). Der Ulnadefekt fand sich in der 3., die Spalthand in der 4. Generation.

Resultat: Die Art des Auftretens der Missbildungen familiär zeigt eine direkte Vererbung des krummen kleinen Fingers, gleichzeitig eine Vererbung der Anlage für stärkere Missbildungen, Spalthand und Ulnadefekt. Dieses familiäre Auftreten spricht insbesondere auch bei den letzteren zusammen mit der Kombination mit Hypospadie weniger für eine mechanische äussere, als für eine endogene Ursache, für ein vitium primae formationis. Weiter scheint die Anlage für Missbildungen in der Familie sich hauptsächlich durch die weiblichen*) Glieder derselben fortgepflanzt zu haben, indem ein oder einige Kinder einer mit einer Missbildung behafteten Mutter diese oder ausserdem*) eine andere Missbildung geerbt hatten, während die Missbildungen des männlichen*) Mitgliedes dieses Zweiges der Familie sich nicht*) auf die Kinder vererbt*) hatten. **Pol**-Heidelberg.

*) Vom Ref. gesperrt.

7) **Esau** (Greifswald). Rheumatismus tuberculosus — Poncet.
Münch. med. Wochenschr. 1908, Nr. 8, p. 390.

Der von Poncet aufgestellte Begriff des tuberkulösen Rheumatismus ist lange Zeit nicht anerkannt worden. Auch jetzt sprechen sich viele Autoren noch dagegen aus. In dem von E. mitgeteilten Fall handelt es sich um ein 6½ jähriges Kind, bei welchem in mehreren akuten und subakuten Schüben die beiden Knie- und Fussgelenke, das rechte Hüftgelenk und die Halswirbelsäule erkrankten. Zeitweise hohes Fieber, schlechtes Allgemeinbefinden. Da Neigung zu starken Beugekontrakturen, mussten korrigierende Verbände angelegt werden. Ausheilung in Form einer festen fibrösen Ankylose


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

am Knie, einer knöchernen Ankylose am Hüftgelenk. An der Halswirbelsäule und den Fussgelenken stellte sich die normale Funktion wieder her. — Die bei der Polyarthritis übliche Behandlung war ohnmächtig, auch war der Verlauf der Erkrankung ein ganz anderer. Nach Ausschluss aller anderen Ursachen kommt E. zur Diagnose des tuberkulösen Rheumatismus, ohne einen strikten Beweis dafür führen zu können (Tierimpfung, Tuberkulinreaktion). Doch soll es sich nach Poncet, mit dessen Krankheitsbild E's Fall genau übereinstimmt, um Wirkungen des Tuberkulosetoxins handeln. Als nützlich erwies sich die Biersche Hyperämiebehandlung mit grossen Saugapparaten.

Ewald-Hamburg.

8) **Alamartine** (Lyon.) Ostéo-arthropathies hypertrophiantes d'origine tuberculeuse. (Die hypertrophischen Formen der Osteoarthropathien auf tuberkulöser Basis.)

Revue de chir. 35. Bd., S. 992.

Verfasser unterscheidet bei der hypertrophischen Osteoarthritis 1. kongenitale, 2. diejenigen Formen, die durch eine mechanische Zirkulationshemmung entstehen und 3. die auf subacut infektiöser Basis. Speziell die letztere Form unterzieht er an der Hand der Literatur, die er in extenso aufführt, einer näheren Betrachtung. Pathologisch-anatomisch zeigen sich Osteophytenbildung in der Umgebung der Gelenke, periostale Auflagerungen und Eburnisation der Compacta. Auch der Knorpel der Gelenke ist zum Teil affiziert. Experimentell wurden bei Kaninchen durch intravenöse Injektion einer Bouillonkultur aus einer Drüse eines Lupusfalles ähnliche Knochen- und Gelenkveränderungen erzielt. Klinisch wurde sehr oft das gleichzeitige Vorkommen von Osteoarthritis und tuberkulöser Erkrankung verschiedener Organe festgestellt speziell auch die Entwicklung des Leidens unter der Form des „rhumatisme tuberculeux" beobachtet. Verfasser steht nicht an, aus all diesen Gründen diese hypertrophische Form der Osteoarthropathie als tuberkulös zu erklären. Auch für die seltene angeborene Form ist er geneigt als Ursache eine hereditäre Tuberkulose anzunehmen.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

9) **Hinz** (Lichterfelde). Beiträge zur operativen Behandlung intra- und paraartikulärer Frakturen.

Deutsche med. Wochenschr. Nr. 16, S. 692.

Verfasser bespricht zunächst die Verletzungen der Kniegelenksmeniscen, die in der Hälfte der Fälle den lateralen, in der anderen


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

den medialen betrafen. Die Behandlung, bestehend in operativer Entfernung der zertrümmerten Knorpelteile resp. Naht des abgerissenen Meniskus ergab gute, funktionelle Resultate. In einem Falle, bei dem eine Wiedervereinigung des durchschnittenen Lig. patellae durch Naht stattgefunden hatte, erfolgte 14 Wochen nach der Operation in Folge eines Fehltritts eine völlige Durchreissung der genähten Partien. Bei einer anderen wichtigen Gruppe der intraartikulären Frakturen, nämlich im Bereich des Kapitulum radii liess sich durch operative Entfernung des abgesprengten Kapitulum ein gutes, funktionelles Resultat erzielen, während bei konservativer Behandlung durchschnittlich erhebliche Störungen der Beweglichkeit zurückblieben. Bei einem intrakapsulären Schenkelhalsbruch liess sich wenigstens noch durch eine später ausgeführte Exstirpation des lose liegenden Kopfes das quälendste Symptom, die Schmerzhaftigkeit, beheben. Auch die suprakondylären Brüche des Humerus erforderten in mehreren Fällen eine operative Behandlung, da sich auf unblutigem Wege die Adaptierung der Bruchenden nicht erreichen liess. Die Funktion war in allen Fällen gut. Bei einer Fraktur des Collum chirurgicum humeri wurden die Fragmente mit gutem Erfolg durch Nagelung fixiert, bei einer Lösung der unteren Epiphyse des Femur wurde durch Extension in rechtwinkliger Stellung des Kniegelenks ein vollkommenes Resultat erzielt. Eine nicht konsolidierte Schenkelhalsfraktur wurde durch das Einschlagen mehrerer Nägel zur Heilung gebracht. Im grossen und ganzen ist zu raten, derartige Eingriffe zeitig vorzunehmen, ehe durch Kallusmassen die Reposition oder Knochennaht zu sehr erschwert wird.

Ottendorff - Hamburg - Altona.

10) **Louis Bramson** (Kopenhagen). Om Fraktionsbehandling og et Apparat hertit.

Hospitalstidende 1908, Pag. 107—116.

Verfasser, der seit 1896 mit der Einwirkung von verdünnter Luft auf die Körperoberfläche gearbeitet hat, hat einen Apparat konstruiert (Fig.), womit Saugen und Traktionen ausgeübt werden können. Der metallene Schröpfkopf (verschiedene Formen), der auf gewöhnliche Art luftverdünnt wird, trägt eine Handhabe, mittelst welcher Traktionen ausgeübt werden können. Durch diese „Massage“ hat Verfasser bei Ischias und Lumbago schöne Erfolge gehabt, welche von Hausen, der die Methode mehrfach benutzt hat, bestätigt werden.

Panum - Kopenhagen.



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

11) **A. Mouchet.** Pourquoi il ne faut pas opérer trop tôt les enfants atteints du genu valgum rachitique?

Ann. de chir. et d'orthop. 1908, März, p. 75.

M. teilt einen Fall von einseitigem genu valgum mit, das mit $3^1/_2$ Jahren, jetzt vor 11 Jahren, durch suprakondyläre Osteotomie korrigiert wurde und für sechs Wochen einen Gipsverband bekam. Jetzt ist das genu valgum äusserst stark, Ober- und Unterschenkel bilden einen Winkel von 100° miteinander, die Kniescheibe ist nach aussen luxiert und der Gang sehr beschwerlich.

M. fordert daher, die rachitischen genua valga bis zum 6. Lebensjahre nur konservativ (Ernährung, Seebäder) zu behandeln, da früher osteotomierte immer Rezidive bekämen, wenn sie nicht ständig unter Aufsicht blieben. Ein durch Osteotomie korrigiertes genu valgum müsste ferner 3—4 Monate einen Gipsverband haben.

Ewald-Hamburg.

12) **Totsuka.** Die Behandlung der gonorrhoischen Gelenkerkrankungen.

Dissert. München. 1908.

T. bringt die Krankengeschichten von drei Fällen gonorrhoischer Gelenkerkrankung, die an der Münchener dermatologischen Klinik übliche Behandlung illustrieren und vor allen Dingen dartun sollen, wie notwendig und wie aussichtsvoll es ist, entsprechend dem jeweiligen Befund, die zur Verfügung stehenden Mittel zu wechseln und eventuell kombiniert anzuwenden. Neben den bekannten und allerorts gebräuchlichen Methoden wurde auch ein ausgiebiger Gebrauch von der Stauung und der lokalen Heissluftkastenbehandlung gemacht. Jene wurde vorwiegend im akuten und subakuten Stadium angewandt, diese mehr bei den chronischen Fällen und zwar mit recht gutem Erfolge, zumal wenn noch Massagen und medicomechanische Behandlung hinzukamen. **Blencke**-Magdeburg.

13) **Laqueur** (Berlin). Bemerkungen zur Mechanotherapie bei Gelenkerkrankungen.

Zeitschr. für physik. und diät. Therapie. 12. Bd., Heft 1.

Beim akuten Gelenkrheumatismus kann man durch leichte Streichungen der zentralwärts vom affizierten Gelenk gelegenen Muskelpartien Erleichterung verschaffen und zuweilen auch im heissen Bade den Patienten ganz leichte aktive Bewegungen im Wasser machen lassen, vorausgesetzt, dass diese keine Schmerzen verursachen. Bei Residuen des Gelenkrheumatismus müssen erst die Schmerzen



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

durch warme Vollbäder, elektrische Lichtbäder, Dampfduschen, lokale Wasserbäder, Biersche Stauung beseitigt werden, ehe man mechanotherapeutisch vorgeht. Beim chronischen Gelenkrheumatismus kontraindizieren alle akuten Exazerbationen und Nachschübe zunächst die mechanische Behandlung, diese müssen erst durch hydro-therapeutische und balneotherapeutische Massnahmen in Angriff genommen werden, die Schmerzen besonders durch Wärmeapplikation gelindert werden. Auf diesem Prinzip beruht auch die Bier-Klappsche Methode der Mobilisierung der Gelenke in verdünnter Luft. Bei der Arthritis deformans erweist sich die Mechanotherapie, in der erwähnten Weise nach Milderung des Reizzustandes ausgeführt, oft dankbar, wenn auch erst nach mehreren Monaten. Die Behandlung der gonorrhoischen Arthritis hat von denselben Gesichtspunkten aus zu geschehen. Bei hartnäckigen Schmerzen in der Hackengegend nach gonorrhoischer Arthritis erweisen sich vielfach, wenn thermotherapeutische Massregeln und Massage nicht geholfen haben, Hochfrequenzströme erfolgreich. Bei Gelenktuberkulose, in den Fällen, wo eine solche Behandlung indiziert ist, verdient die ausschliessliche Verwendung manueller Massnahmen den Vorzug, in älteren, reizlosen Fällen von Syphilis die in üblicher Weise angewandte Heilgymnastik.

Streitz - Heidelberg.

14) **M. Lange** (Paris). Sur l'emploi des sels de magnésie au lieu de plâtre pour la fabrication des appareils de contention.

Gazette des hôpitaux. 1908. Nr. 59, p. 704.
(Nach R. Russ, California State Journ. of Med. 1908. Jan., p. 27.)

Der Gips hat zwei schlechte Eigenschaften; er ist für Röntgenstrahlen wenig durchgängig, bricht leicht und wird weich, namentlich bei Feuchtigkeit. Russ stellt nun seine fixierenden Verbände folgendermassen her: Die Gazebinden werden mit Magnesiumoxydpulver genau so imprägniert wie mit Gips. Sie kommen in eine starke wässerige Lösung von Magnesiumchlorür und werden dann wie die Gipsbinden angelegt. Zwei bis drei Schichten genügen für einen festen Verband, der länger hält als der Gipsverband und die Röntgenstrahlen sechsmal leichter durchlässt. Ausserdem ist er natürlich leichter, bricht nicht, ist indifferent gegen die Feuchtigkeit. Nachteile hat er allerdings auch: 1. ist es schwer, gutes Magnesiumoxyd zu bekommen, und 2. braucht er mehr Zeit zum Hartwerden. Wo man schnell eine Deformität im Verband redressieren will, soll man also beim Gips bleiben.

Ewald - Hamburg.

Generated on 2019-06-08 18:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

15) **Boas** (Berlin). Ueber die Kontraindikationen der Bauchmassage bei Krankheiten des Magendarmkanals.

Zeitschr. für physik. und diät. Therapie. Bd. 12, Heft 1.

Vor Ausführung einer Massagekur muss die Diagnose des betr. Magendarmleidens über jeden Zweifel klargestellt sein. Ausgeschlossen von Massagekuren sind alle entzündlichen Residuen im Stadium der floriden Entzündung, aber auch später, wenn die Natur der Entzündung sich nicht mit Sicherheit eruieren lässt. Auftreten von Schmerzen wird im Allgemeinen die Massage verbieten. Speziell zu vermeiden ist Massage schon bei dem Verdacht auf ein bestehendes rundes Magen- und Duodenalgeschwür, dessen Diagnose oft sehr schwer ist, wenig Zweck hat die Massage bei narbigen Stenosen oder atonischen Ectasien, zu empfehlen ist sie dagegen nach erfolgter Gastroenterostomie oder Pyloroplastik. Streng kontraindiziert ist Massage bei Magen- und Darmcarcinom, das dadurch sehr schnell wächst, Metastasen macht und das Leben des Kranken verkürzt. Kranke über 40 Jahre mit plötzlich auftretenden und nicht sehr bald bei geeigneter Behandlung zurückgehenden Magendarmbeschwerden sollen daher grundsätzlich von Massagekuren ausgeschlossen werden, auch wenn diese sonst indiziert sein mögen. Kontraindiziert sind Massagekuren ferner bei Dickdarm- oder Dünndarmkatarrh, bei akuter und chronischer Perityphlitis, bei Cholelithiasis, bei entzündlichen Prozessen der Adnexe des Uterus. Ungefährlich ist die Massage bei den postoperativen adhäsiven Prozessen um das Typhlon. Bei den meisten Erkrankungen der Leber, der Milz, der Pankreas ist die Bauchmassage kontraindiziert. **Streitz**-Heidelberg.

16) **Kirchberg.** Manuell-mechanische und Uebungsbehandlung bei Lungenemphysem und Asthma bronchiale.

Therapie der Gegenwart. Juli 1908.

Die Anforderungen an die Therapie dieses Leidens: stetig kürzere Einatmungen und längere Ausatmungen aufeinander folgen zu lassen und ferner die auxiliäre Muskelkraft der Bauchdecken erst gegen Schluss der verlängerten Ausatmungsperiode in Tätigkeit zu setzen, sucht K. durch aktive und passive Atmungsgymnastik und Massage zu erfüllen. Er beginnt mit Rückenmassage, der lebhafte Klatschungen des Rückens und der seitlichen Thoraxpartien folgen, sodann umfasst der Arzt den Thorax von hinten, lässt den Patienten kurz und energisch einatmen, wobei er den Thorax anhebt und die Hände nach vorn führt, hierauf folgt die langsame Exspiration. Hierbei muss der Patient ein lautes, tiefes A ertönen lassen, um zu



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lernen die Exspiration zu beherrschen. Am Schlusse der Exspiration soll der Patient die Bauchwand kräftig einziehen. Dieselben Manipulationen werden auch im Sitzen und Liegen, auf dem Rücken, sowie in Seitenlage unter Kompression der einen Seite ausgeführt.

Meyer-Heidelberg.

17) **Vulpius** (Heidelberg). Das Röntgenverfahren in der Orthopädie.

Zeitschr. für neuere physik. Medizin. Jahrg. 2, Nr. 8.

V. betont den Wert der Röntgenuntersuchung erstens für die wissenschaftliche Orthopädie. Manche Rätsel hinsichtlich der Entstehung angeborner Deformitäten werden durch die Röntgenuntersuchung gelöst, die Ossifikationsvorgänge können beobachtet werden. Unsere Kenntnisse in der pathologischen Anatomie über die Struktur des Knochens, über Erkrankungen an Knochen und Gelenken, den Ablauf von Entzündungen und die Entwicklung von Knochenherden sind verfeinert worden. Noch grösseren Nutzen leisten die Röntgenstrahlen zweitens in der praktischen Orthopädie. Sie ermöglichen vor allem häufig eine Frühdiagnose z. B. bei Spondylitis und eine Verfeinerung derselben, prognostisch sind sie bei den meisten Erkrankungen der Knochen und Gelenke von grosser Bedeutung. In der Therapie ist die Röntgenuntersuchung der Wegweiser für Art und Zeitpunkt unseres Handelns und eine vorzügliche Kontrolle desselben. Zum Schluss warnt V. vor Ueberschätzung des Röntgenverfahrens und seiner kritiklosen Anwendung unter Hintansetzung unserer altbewährten Untersuchungsmethoden. **Streitz**-Heidelberg.

18) **Erhardt.** Experimentelle Studien über Lumbalanästhesie.

Diss. München 1908.

Verf. setzte, um bei der Lumbalanästhesie die Resorption der Anästhetica zu verzögern und die Giftwirkung zu vermindern, der Injektionsflüssigkeit Gummi zu, der nicht erstarrt, seine einhüllende Eigenschaft durch das Sterilisieren nur in geringem Grade einbüsst und keinen besonderen Nährboden für pathogene Keime abgibt. Mit dieser Injektionsflüssigkeit machte er zunächst eine Reihe von Versuchen an Kaninchen und später dann an Kälbern, auf die er in der ausführlichsten Weise in der vorliegenden Arbeit eingeht und deren Ergebnisse er in einer Tabelle zusammengefasst hat. Das Resultat dieser Versuche ist kurz folgendes: Ein 10 prozentiger Gummizusatz zu einer 1 prozentigen Tropacocainlösung vermindert


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

deren Toxität derart, dass schwere Störungen an der Atmung nicht eintreten, selbst wenn auch die Mischung zum Cervicalkanal gelangt, und dass ferner durch Zusatz von Gummi die Dauer der Anästhesie sehr bedeutend verlängert wird. **Blencke**-Magdeburg.

19) **Kraemer.** Die Verwendbarkeit der Konjunktivalreaktion zur Diagnose chirurgischer Tuberkulose.

Diss. Strassburg 1908.

K. berichtet über die in der Strassburger Klinik gemachten Erfahrungen mit der Konjunktivalreaktion, die er in keinem Falle mit allgemeiner Schwäche höheren Grades und auch in keinem Fall mit irgendwelchen Veränderungen der Konjunktiva angewendet wissen will. Dieselbe hat in 54 von 58, also in 93 % sicher tuberkulösen Fällen ein positives Resultat ergeben und in 36 von 37, also in 97 % sicher nicht tuberkulösen Fällen ein negatives Resultat. Verf. glaubt deshalb den Satz aufstellen zu können, dass das Vorhandensein irgend einer tuberkulösen Erkrankung im Körper bei positivem Ausfall fast sicher, bei negativem sehr wahrscheinlich ist, wenn auch zugegeben werden muss, dass absolute Sicherheit freilich nicht zu erlangen ist. **Blencke**-Magdeburg.

20) **Davidsohn** (Berlin). Halsrippe und Unfall.

Deutsche med. Wochenschr. Nr. 23, S. 1017.

Patient hatte nach heftigen Bewegungen des rechten Arms und Kopfes Schmerzen in der rechten Halsseite verspürt. Die Röntgenuntersuchung ergab eine rechtsseitige Halsrippe, die bisher symptomlos bestanden hatte. Erst die Beschwerden, die das Trauma hervorrief, machten auf den bestehenden pathologischen Zustand aufmerksam.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

21) **Burk.** Ueber einen Bruch des Gelenkfortsatzes des fünften Lendenwirbels.

Beitr. zur klin. Chir. Bd. 58, Heft 2, S. 558.

Die Verletzung, die 1½ Jahr ausserhalb des Krankenhauses auf Muskelzerrung behandelt war, entstand dadurch, dass Patient in gebückter Stellung mit flektierten Knien eine schwere Platte mit der rechten Hand unter gleichzeitiger Neigung des Rumpfes nach rechts in ein dicht über dem Boden befindliches Kastenfach hineinschieben wollte. Hierbei plötzlich heftiges Stechen im Kreuz. Längere Bettruhe ohne Erfolg. Klinisch ist stärkere Spannung der langen Rückenstrecker links, rechtskonvexe Skoliose der Lendenwirbelsäule, Druck-



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schmerz des proc. spin. des fünften Lendenwirbels, ausstrahlend nach dem rechten Bein, und Steifigkeit der Wirbelsäule nachweisbar. Röntgenologisch zeigt sich ein sagittal gestellter Bruchspalt im rechten Gelenkfortsatz des fünften Lendenwirbels. Die Therapie bestand in der operativen Entfernung des abgesprengten Processus articularis, nachdem ein walnussgrosses Stück der Spina post. sup. fortgemeisselt war, um Zugang zum Operationsgebiet zu erlangen. Heilung. Der Entstehungsmechanismus ist als eine das physiologische Mass überschreitende Kombination einer Bewegung der Lendenwirbelsäule im Sinne einer Beugung nach vorn und einer Seitwärtsneigung nach rechts aufzufassen. **Meyer**-Heidelberg.

22) **H. O. Feiss** (Cleveland). The mechanics of laterale Curvature. (Fourth paper: significance and explanation of certain clinical signs).

The americ. journ. of. orth. surg. 1908.

F. hat in den früheren Arbeiten gezeigt, dass die Skoliose das Resultat zweier verschiedener Prozesse ist, nämlich der Deformierung an sich, wobei periphere Kräfte gewisse Stellungsfehler (Distortions) direkt zu stande bringen, und zweitens der Prozess der Ausgleichung (recovery), wobei der Stellungsfehler ständig die einzelnen Teile der Wirbelsäule ebenfalls in ihrer Stellung modifiziert, um diese den Gleichgewichtsbedingungen in aufrechter Stellung anzupassen.

Der Unterschied zwischen dem skoliotischen und dem normalen Körper ist die Ungleichheit homologer Teile. Um einen Vergleich zwischen beiden anstellen zu können, stellt F. diejenigen Haltungen des skoliotischen und gesunden Rückens in Parallele, wo die geringsten Unterschiede bestehen, z. B. die Seitwärtsbeugung nach der Konkavseite hin. Man sieht dann, dass die Kontouren der Rücken die gleichen geworden sind, ebenso die Verbindungslinien der processus spinosi. Diese Stellung der grössten Aehnlichkeit ist nun zugleich auch die Stellung gewesen, aus der F. am normalen Körper die Entstehung der Skoliose erklären zu können glaubte. Alle die Veränderungen, die man in Seitenbeugung beim Normalen beobachtet, treten beim Skoliotischen wieder auf. Der grosse Unterschied zwischen beiden ist nur der, dass bei Wiederherstellung der aufrechten Haltung beim Normalen die Asymmetrien weichen, während beim Skoliotiker die asymmetrischen Teile bleiben und eine neue Gleichgewichtslage suchen, wobei die Deformation des Thorax die Verbildung der Brustwirbelsäule sowie die der Hals- und Lendenwirbelsäule bestimmt.


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Auch bei den Torsionen finden sich beim Normalen und Skoliotiker entsprechende Verhältnisse. So kann man fast bei jeder Skoliose eine Haltung finden, aus der man den Weg, den die Deformierung beim Normalen genommen haben könnte, ablesen kann. Diese Haltung kann Seitwärtsbeugung allein, oder Torsion allein, oder Vorwärtsbeugung sein, oder auch eine Kombination dieser drei sein.

Mit der Stellung der „reinen Deformation" kann man zugleich die Stärke der Deformierung messen. Denn wie bei Bestimmung des Grades einer Hüftkontraktur muss man zunächst die Kompensationen ausscheiden, daher der Lendenwirbelsäule die normale Lage zum Becken geben, was durch irgend eine Seitwärtsbewegung geschehen kann. Denn die reine Deformation wird vom lebenden Skoliotiker nur selten eingenommen, eben der Kompensationen wegen. Diese aber wirken ihrerseits wieder auf die Primärdeformität ein, so dass eigentlich bei jeder eine Summe von Kräften und Ursachen, die die Deformität veranlasst haben, zu berücksichtigen wäre. Dies muss man sich immer gegenwärtig halten: man muss sich immer des Unterschieds zwischen deformierenden Kräften und deformierenden Haltungen bewusst sein. Dann lassen sich auch einfach mehrere klinische Symptome erklären, so z. B. die Seite der prominenten Hüfte bei verschiedenen Graden der Thoraxdeformität, die hohe Schulter, die Schiefstellung des Beckens, die Konkavtorsion, alles sekundäre Symptome der Thoraxdeformität. **Ewald**-Hamburg.

23) **H. O. Feiss** (Cleveland). The mechanics of lateral Curvature.

Fifth paper: elaborations and general abstractions.

Americ. journ. of orth. surg. 1908, Jan., p. 21.

Bezüglich der Aetiologie der Skoliose will F. unterscheiden zwischen entfernteren und näheren Ursachen. So nennt er z. B. bei der paralytischen Skoliose die Poliomyelitis die entferntere (remote) Ursache, die Muskellähmung und die dadurch bedingte ungleiche Verteilung der Kräfte, die auf Wirbel und Rippen einwirken, die nähere (proximale) Ursache.

So würden auch die kongenitalen Veränderungen des Wirbels Boehms für die Erklärung der Skoliose sehr an Wert gewinnen, wenn man die Aufeinanderfolge der Phänomene erklären könnte, wodurch die Verbildungen des Skeletts zustande kommen.

Als entferntere Ursachen führt F. an: Länger dauernde asymmetrische Körperhaltung, wie sie die Beschäftigung, z. B. der Schulbesuch mit sich bringt — Schwäche — angeborene Skelett-



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

anomalien — Rückenmarkserkrankungen (besonders Kinderlähmung) — Skeletterkrankungen — Systemerkrankungen — kurzes Bein — fehlerhafte Belastung.

Als nähere (mechanische) Ursachen sieht er das Wirken der Kräfte an, wie sie durch eine der eigentlichen Ursachen frei geworden sind.

Der Einfluss der Belastung der Wirbelsäule wird in einem besonderen Kapitel gezeigt. Sie nimmt eine andere Stellung als die anderen „entfernteren“ Ursachen ein, als sie permanent wirkt und also eine dauernde Progression der Skoliose veranlasst.

Vier Fundamentalsätze ergeben sich aus den Untersuchungen:

1. Die eigentliche Ursache der Skoliose kann von den mechanischen Momenten getrennt werden.

2. Aus der Betrachtung der normalen Verhältnisse an Wirbelsäule und Thorax kann man eine beweiskräftige Hypothese ableiten.

3. Man soll immer den Körper als Ganzes betrachten und nicht die Wirbelsäule allein. Denn die peripheren Kräfte sind für die Auffassung einiger Phänomene von der allergrössten Bedeutung.

4. Die Thoraxveränderungen sind für die Erklärung der Skoliose die wichtigsten.

Ewald-Hamburg.

24) **Gaston Cotte** (Lyon). Scoliose et tuberculose. — La scoliose d'origine tuberculeuse.

Ann. de chir. 1908, März, p. 70.

Angeregt durch die Mitteilungen von Poncet und Leriche bezüglich der ätiologischen Beziehungen der Tuberkulose zur Skoliose, dem Genu valgum, der Coxa vara und dem Plattfuss hat C. viele Skoliosen auf Heredität und frische resp. alte tuberkulöse Herde untersucht und vielfach positive Zeichen gefunden. Jedenfalls könne der bei deutschen Autoren gültige Satz „bei Skoliose gibt es keine Lungentuberkulose“ nicht aufrecht erhalten werden. Eine von Mosse veröffentlichte Statistik von 89 Skoliosen, von denen 54 an Lungentuberkulose litten, spräche ebenso wie Sektionsbefunde dagegen. Diese Coexistenz sei keineswegs eine zufällige, noch sei die Lungentuberkulose durch die Skoliose begünstigt, sondern letztere käme durch „eine Osteomalacie der Wirbel und durch Bänderschlaffung auf Grund einer bazillären Infektion“ zustande. Sie seien gewissermassen eine Vorstufe zur Spondylitis.

Ewald-Hamburg.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

25) **Ewald** (Hamburg). Skoliose bei Kinderlähmung.

Zeitschr. für orth. Chir., XIX. Bd., 3.—4. Heft, S. 549.

E. gibt aus dem Material der Vulpiusschen Klinik die Beschreibung eines Präparats von paralytischer Skoliose. Es handelt sich hierbei um einen ganz reinen Fall von Lähmungsskoliose, bei der statische Momente fortfielen, da das Kind, welches das Alter von 2 Jahren erreicht hatte, nie gelaufen war. Es fand sich die Konvexität nach derselben Seite gerichtet, auf der der Multifidus sowie der Semispinalis und die kleinsten tiefliegenden Muskeln der Wirbelsäule gelähmt waren. Die bestehende seitliche Verbiegung, sowie die erhebliche Torsion der Wirbelsäule erklärt Verf. zwanglos aus dem Ausfall der Muskelfunktion. Bei den sonst beschriebenen intra vitam beobachteten Fällen, bei denen die Konvexität nach der gesunden Seite gerichtet war, war die Lähmung der Rückenmuskulatur durch Lähmung von Arm resp. Bein kompliziert oder waren durch bestehende Verkürzung des Beines und dadurch bedingten Beckenschiefstand statische Momente hineingebracht, die keine reine Beurteilung der Skoliose zuliessen. Ausserdem ist, wie auch die dahingehenden Veröffentlichungen beweisen, die qualitative und quantitative Funktion der Rückenmuskulatur am Lebenden kaum einwandfrei festzustellen. Experimentelle Ausschaltung der Rückenmuskulatur auf einer Seite, wie sie bei Kaninchen ausgeführt wurde, und die Skoliosen mit der Konvexität nach der gesunden Seite ergab, ist deshalb nicht beweisend, weil sich der Narbenzug nach dem operativen Eingriff nicht mit Sicherheit vermeiden lässt. Die wenigen anatomisch beschriebenen Fälle von paralytischer Skoliose ergaben Konvexität der Verbiegung nach der kranken Seite. Auch die Torsion erklärt sich damit ohne Schwierigkeit, da ja die Rotatoren gelähmt waren, deren Ausfall eine Drehung nach der entgegengesetzten Seite bewirken musste.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

26) **Hudler.** Ueber die Behandlung der Bechterewschen Krankheit mit kalkarmer Nahrung.

Diss. Leipzig 1908.

Auf Veranlassung von Prof. Goldscheider versuchte H. in einem Falle von Bechterewscher Krankheit diese durch diätetische Massnahmen zu beeinflussen und zwar durch Aenderung des Kalkstoffwechsels, ausgehend von dem Gedanken, dass die zur Wirbelversteifung führende Exostosenbildung nur dadurch zustande kommen kann, dass der Körper mehr Kalke zurückbehält als in der Norm. H. suchte deshalb die Zufuhr an Kalk unter das nötige Minimum



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

herabzusetzen bezw. die Kalkausfuhr zu steigern, dadurch, dass er zuerst gewöhnliche gemischte Kost, dann kalkarme Diät, dann kalkarme Diät mit Milchsäure, zuletzt kalkarme Diät mit Chininsäure, ausserdem Sol. Fowleri und Arseneisenpräparate wegen der vorhandenen Blutarmut gab. Es trat eine, wenn auch nicht erhebliche, so doch deutliche Besserung des Zustandes ein, so dass nach des Verf. Ansicht der gemachte Versuch sicherlich dazu anspornt, weitere Versuche nach dieser Richtung hin zu machen und in ähnlichen Fällen den diätetischen Massnahmen mehr als bisher Beachtung zu schenken. **Blencke**-Magdeburg.

27) **Bystroid.** Ueber die Trichterbrust.

Dissert. Königsberg. 1907.

In dem Fall von Trichterbrust. der der Arbeit zu Grunde gelegt ist, setzte sich der etwas seitlich gelegene Trichter nicht direkt nach oben in der medialen, oder, wie es sonst bei den seitlich gelegenen Trichtern der Fall ist, nicht in einer der medialen parallel verlaufenden Linie fort, sondern verlief schräg nach oben und rechts und zwar so, dass, wenn man den adduzierten und im Ellbogengelenk flektierten rechten Arm des Patienten bei stark in die Höhe gezogenem Schulterblatt schräg über die Brust legte, sich der Oberarm in die Rinne an der vorderen Fläche der rechten Thoraxhälfte legte; der Ellbogen kommt dabei in den Trichter selbst hinein und füllt dessen Konturen so aus, dass der Epikondylus medialis auf dessen tiefsten Punkt zu liegen kommt, das Olekranon die untere Grenze der Grube berührt und der Epikondylus lateralis vorne frei liegt. — Dieser Fall hat nach des Verfassers Ansicht eine gewisse Bedeutung für die Entstehung der Trichterbrust und spricht mit Bestimmtheit für die mechanische Theorie, die nach B.'s Meinung einzig und allein bei dieser Deformität in Frage kommt. **Blencke**-Magdeburg.

28) **Teske.** Beitrag zur Aetiologie des angeborenen Schulterblatthochstandes.

Zentralbl. für Chir. Nr. 29, 1908, S. 883.

Verfasser beobachtete bei einem 8 jährigen Kinde rechtsseitigen Schiefhals, Hochstand der Skapula, — etwa 4 cm höher als links. Sie reicht vom 6. Halswirbel bis 4. Brustwirbel. Rechter Arm kann nur bis 110° gehoben werden, da sich bei weiterer Hebung anscheinend die Skapula an der 1. Rippe verhakt. Röntgenologisch zeigt sich beiderseits eine 7. Halsrippe. Der innere obere Winkel der Skapula ragt etwa fingerbreit über der Clavicula hervor. Die 5


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

obersten Rippen unregelmässig gestaltet und kranialwärts ausgebogen. Die 5. Rippe teilt sich in der Schulterblattlinie gabelförmig. Die obere Branche kreuzt die 4. Rippe und halbiert den 3. Interkostalraum, während die 4. Rippe den Raum zwischen den beiden Branchen der 5. Rippe teilt. Zwischen 8. und 9. Brustwirbel ist ein kurzes, keilförmiges Wirbelrudiment eingeschoben, dessen Basis nach rechts und dessen Spitze in der Medianlinie liegt.

Verfasser fasst den vorliegenden Fall als kongenital angelegte Missbildung auf. **Meyer**-Heidelberg.

29) **Ghillini** (Bologna). Contributo alla chirurgia conservativa dei tumori della scapola.

Bull. delle scienze med. 1907, ser. 8, vol. 7.

Auch die grossen Eingriffe schützen, wie aus den statistischen Zusammenstellungen hervorgeht, bei Neubildungen des Schulterblattes nicht vor Recidiven. Es ist deshalb der konservativen Chirurgie stets der Vorzug zu geben.

Der 8jährige Knabe, um den es sich in dem Falle des Verf. handelt, fiel vor vier Jahren, wobei er mit der Schulter aufschlug. Seitdem wurde das Vorspringen des linken Schulterblattes bemerkt. Im Jahre 1902 wurde er untersucht und die Diagnose auf Exostose der Fossa subscapularis gestellt. Die Deformität des Schulterblattes wurde nach und nach ausgeprägter. Bei der Radiographie zeigte sich eine Geschwulst der oben erwähnten Region.

Am 30. Juni 1906 legte Ghillini in Chloroformnarkose durch einen ⅂-förmigen Schnitt, dessen einer Schenkel der Spina und der andere dem inneren Rand der Skapula entlang lief, den Knochen frei, von dem er den ganzen Teil, auf dem das Neoplasma aufsass, abtrug, nämlich die Fossa subscapularis bis zur Spina. Nach Katgutnaht der Rhomboidei und des Levator vereinigte er die Haut mit Seide. Nach acht Tagen wurden die Nähte entfernt. Vereinigung per primam. 14 Tage nach dem Operationsakt wurde der Junge nach Hause entlassen. Bei der Nachuntersuchung nach sieben Monaten fand sich vollkommene Korrektion der Deformität und vollkommene Funktion der Schulter. Kein Recidiv.

Der Tumor hatte harte Konsistenz, viereckige Form, war $5^1/_2$ cm hoch und $6^1/_2$ cm lang. Die Oberfläche war runzlig mit Ausnahme der mit den Rippen in Kontakt stehenden, welche glatt war. Der Tumor war ganz mit der Knochensubstanz der Skapula vereinigt. Die mikroskopische Diagnose lautete auf Osteom.

Buccheri-Palermo.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

30) **Kühne** (Cottbus). Traumatische isolierte periphere Lähmung des Oberschulterblattnerven. (Nervus suprascapularis.)

Monatsschrift für Unfallheilkunde. 1908, April, p. 97.

Bisher sind in der Literatur nur 15 Fälle dieser Erkrankung beschrieben, wovon 2 Fälle noch andere Nervenschädigungen aufwiesen und 9 weitere keine traumatische Ursache haben. In K.'s Fall war ein Mann auf die Ellenbogengegend gefallen, so dass der Stoss auf die Schulter fortgepflanzt wurde. Seitdem so heftige Schmerzen, dass er das Schultergelenk immer fixiert hält. Unmöglichkeit, den Arm nennenswert zu heben. Rechter Obergrätenmuskel deutlich abgemagert, ebenso der Untergrätenmuskel. Keine Zuckung auf elektrische Reizung. Sonst keine Abmagerung der Schulter- und Armmuskeln. Reibegeräusche in den Schleimbeuteln des Schultergelenks; dieses selbst ist frei. **Ewald**-Hamburg.

31) **Lippstädt.** Zur Behandlung veralteter Schulter-Luxationen.

Dissertation Leipzig 1908.

Verf. berichtet über 10 Fälle veralteter Schulterluxationen, bei denen die Verletzten — es handelte sich ausschliesslich um Unfallkranke — sich zur Vornahme einer blutigen Operation nicht entschliessen konnten. An diesen Kranken will L. zeigen, dass auch in derartigen Fällen durch eine methodisch geübte, längere Zeit hindurch fortgesetzte mechanische Behandlung eine erhebliche Besserung in der Funktion der nicht reponierten Gelenke erzielt werden kann. **Blencke**-Magdeburg.

32) **Quadflieg** (Bardenberg-Aachen). Ueber einen Fall von traumatischer Luxation des Nervus ulnaris dexter.

Münch. med. Wochenschrift. 1908, Nr. 9. S. 457.

Ein 35jähriger Bergarbeiter erlitt eine Quetschung des rechten Ellenbogengelenkes, wonach sich sofort Taubheit im r. Unterarm einstellte und Streckunfähigkeit des 4. und 5. Fingers. Er habe selbst gefühlt, wie ein verdickter Strang beim Beugen des Ellenbogengelenks hin- und hergeglitten sei. Später Krampf im ganzen rechten Arm. Da also Neuritis des luxierten Nerven, so wurde derselbe freigelegt und das Perineurium mit Seidenfäden an den Musculus triceps genäht. Sofort Aufhören der Schmerzen und der Bewegungsstörung. Dauernde Heilung. **Ewald**-Hamburg.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

33) **Redard.** Difformité congénitale rare des avant-bras. (Synostoses radio-cubitales, radius curous.)

Revue d'orthop. 1908. März, p. 113.

Bei dem 12jährigen Mädchen besteht seit der Geburt eine völlige knöcherne Fixation in beiden oberen Radio-Ulnargelenken: die Vorderarme sind in Pronationsstellung fixiert und können nicht supiniert werden. Das Röntgenbild des Ellenbogens zeigt beiderseits eine knöcherne Konsolidation von 2 resp. 3 cm. Die beiden Radii sind verlängert und gleichmässig gebogen (radius curvus). Trotzdem besteht keine Deformation (etwa Subluxation oder Madelungsche Deformität) im Handgelenk. R. will eventuell durch Bildung einer Nearthrose im oberen Radiocubitalgelenk die Pro- und Supinationsbewegung ermöglichen. Ewald-Hamburg.

34) **U. Trinci.** Ematoma traumatico diffuso al terzo superiore dell' avambraccio destro. Produzione di un' estesa massa fibrosa includente muscoli e nervi. Paralisi dei nervi mediano, radiale e cubitale.

Clinica pediatrica 1907.

Verf. teilt einen klinischen Fall mit, der ein 6 Jahre altes Kind betrifft, welches nach einem vor drei Monaten erfolgten Fall Lähmung des Ulnaris, Medianus und Radialis des rechten Vorderarmes davongetragen hatte. Diese Lähmung war begründet durch den Druck einer fibrösen Masse, welche an dem oberen Drittel des rechten Vorderarmes bestand und infolge eines ausgedehnten Hämatoms entstanden war, welches sich auf den Fall hin entwickelt hatte. Die Hand war durch Retraktion der vorderen Muskeln des Vorderarmes in Palmarstellung fixiert.

Die elektrische Untersuchung gab wenig Hoffnung auf eine mögliche Besserung der Funktion der Nervenstämme und der Muskeln, die auch bei der Palpation tiefgehend alteriert erschienen. Trotzdem wurde der chirurgische Eingriff vorgenommen.

Die Nervenstämme wurden von der sie umhüllenden neugebildeten fibrösen Masse freigemacht und der fehlerhaften Stellung der Hand wurde durch Verlängerung der Beugesehnen abgeholfen.

Das Resultat der Behandlung war weit über Erwarten zufriedenstellend. Die verschiedenen Sensibilitätsarten kehrten auf dem Gebiet der von dem Druck befreiten drei Nerven zurück und die Motilität wurde in den von dem Ulnaris und Radialis innervierten Muskeln vollkommen wiederhergestellt. Im Gebiet des Medianus war die Wiederherstellung der Beweglichkeit nur eine



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

partielle, was dem Zustand vorgeschrittener Sklerose der Muskelmassen zuzuschreiben war.

Die Hand blieb ziemlich gut in ihrer Stellung korrigiert und der kleine Pat. konnte sich ihrer ziemlich gut bedienen, so dass er sogar recht geläufig schreiben konnte. **Buccheri**-Palermo.

35) **De Nobele et Pous** (Gand). La luxation de l'os sémi-lunaire.
Journal Belge de Radiologie 1908, Nr. 1.

In dem vorliegenden Fall gelang die Reposition in Narkose: starke Extension der Hand, Dorsalflexion und plötzliche Ueberführung in Palmarflexion, während die volare Handwurzelfläche auf einem Holzkeil aufruhte.

Die Verfasser nehmen an, dass bei Hyperextension der Hand von 90° der Druck des Radius das Os lunatum herausdrängt, während bei Hyperextension von 45° das Aufstossen des Radius auf das härtere Kapitatum den Bruch des unteren Radiusendes erzeugt.
Kaisin-Floreffe.

36) **Ewald** (Hamburg-Altona). Ueber die Behandlung von Fingerfrakturen.
Deutsche med. Wochenschr. Nr. 23, S. 1015.

Zwei Fälle von deform geheilter Fraktur des Grundgliedes des Mittel- resp. Ringfingers mit erheblicher Störung der Funktion geben Verf. Veranlassung, die Therapie der Fingerfrakturen spez. der Grundphalanx zu besprechen. Während man Mittel- und Endglied in Streckstellung verheilen lassen soll, ist dies beim Grundglied zu widerraten, da in dieser Position das proximale Bruchstück durch die Interossei in Beugestellung gezogen wird und so ein winkliges Aneinanderheilen nicht ausbleiben kann. Man soll deshalb das distale Bruchstück in die Verlängerung des proximalen einstellen. Dies geschieht dadurch, dass die Finger über einen in der Hohlhand liegenden, festen Wattebausch in Beugestellung durch eine Binde fixiert werden. Nach 8 Tagen wird der Verband zeitweise entfernt und die übrigen Finger geübt. Nach 3 Wochen ist auf diese Weise die Fraktur ohne Dislokation geheilt und die Funktion bald wiederhergestellt. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

37) **Hepner** (Danzig). Beitrag zur Kenntnis des „Trendelenburgschen Symptoms". (Isolierte Lähmung des Musc. glutaeus medius und minimus.)
Monatsschrift für Unfallheilkunde. 1908, Februar, p. 33.

Die Muskeln, von deren Funktionsfähigkeit es abhängt, ob Bein und Becken gegeneinander fixiert werden können, sind der



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

glutaeus medius und minimus. Ist deren Wirksamkeit erloschen, so fällt das Becken nach der Seite des Gangbeins, der Oberkörper nach der Seite des Standbeins (Trendelenburg). Daher das Watscheln bei der angeb. Hüftluxation, bei Coxa vara usw. Hier befinden sich die Ansatzpunkte der Muskeln in pathologischer Stellung und ihre Wirkung wird darum ausgeschaltet. Seltener sind die Muskeln oder ihr Nerv (nerv. glutaeus sup.) gelähmt. V. kennt nur 2 Fälle, wo durch Sturz resp. Hufschlag auf den Trochanter eine isolierte Lähmung der fraglichen Muskeln eintrat. Er teilt einen dritten Fall mit, wo ein 36 jähriger Mann mit der rechten Gesässhälfte auf die Kante des Bürgersteigs fiel. Noch nach vielen Wochen bestanden Schmerzen in der Hüfte, watschelnder Gang und ausgesprochenes Trendelenburgsches Phänomen. Ausserdem war die Abduktion um die Hälfte behindert. **Ewald**-Hamburg.

38) **Roith** (Heidelberg). Die Bedeutung der Adduktoren für das Hüftgelenk mit Berücksichtigung der übrigen auf dieses Gelenk wirkenden Muskeln.

Arch. f. Orth., Mechanoth. u. Unfallchirurgie. 1908, Bd. VI, Heft 3—4. p. 198.

Wie S. Mollier für das Schultergelenk, so gibt R. für das Hüftgelenk eine Analyse der einzelnen Muskelgruppen und Individuen, namentlich der Adduktoren, deren Funktion bisher noch nicht eingehend untersucht wurde. R. hat sich nach dem Vorgange von Mollier dazu ein Präparat resp. einen Apparat konstruiert, der erlaubte, bei jeder beliebigen Stellung des Beins die Spannungsverhältnisse der zu untersuchenden Muskeln abzulesen. Auf die Herstellung des Apparates kann im Referat ebensowenig eingegangen werden wie auf die Messungsresultate, die für jeden einzelnen Muskel bezügl. der Zugrichtung und -Kraft in Gestalt einer Kurve aufgezeichnet sind.

Für die einzelnen Muskelgruppen hat R. folgendes festgestellt: Die Beuger (Tensor fasciae, sartorius, rectus femoris, ileopsoas, Pectineus, vordere Fasern des glutaeus med., etwas auch die langen Fasern des Adductor longus und die kurzen des Adductor brevis) entfalten ihre Haupttätigkeit von der Ruhelage aus. (Ruhelage nennt R. die Stellung des ruhig herabhängenden Beins.) Die Beugung des gestreckten Beins bis zur Ruhelage vollzieht sich von selber im Sinne der Schwerkraft.

Die Strecker (Semimembranosus und -tendinosus, Bizeps, hintere Fasern des Adductor maximus, quadratus femoris, lange untere Fasern des Adductor brevis und kurze obere des Adductor


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

longus) verhalten sich umgekehrt wie die Beuger; hier wird die meiste Arbeit zur Streckung des gebeugten Beins geleistet. Hervorzuheben ist die grosse Bedeutung eines Teils der Adduktoren für die Streckung.

Die Abduktoren (Tensor fasciae, glutaeus med., Sartorius, Rectus, Glutaeus maximus) dienen hauptsächlich der Abduktion von der Ruhelage aus.

Von den Adduktoren besorgen der Adductor longus und brevis, sowie der pectineus die Adduktion über die Ruhelage hinaus, während der Adductor magnus hauptsächlich zur Adduktion des abduzierten Beines dient. Seine hinteren Partieen, die am tuber ischii in der Nähe des semimembranosus, -tendinosus und Bizeps entspringen, sind wie diese Antagonisten einer Adduktion über die Normallage. — Der Gracilis und quadratus femoris beteiligen sich ebenfalls an der Adduktion.

Die Adduktoren sind aber auch so angeordnet, dass sie z. T. die Beugung im Hüftgelenk synergetisch mit dem Ileopsoas u. a. im Beginn der Bewegung unterstützen. Weiter wirken sie auch mit bei der Streckung des gebeugten Hüftgelenks, während sie bei einer Streckung über die Normallage hinaus als Antagonisten wirken.

Ewald-Hamburg.

39) **Leede.** Ein Fall von isolierter Fraktur des Trochanter major beim Erwachsenen.

Dissert. München. 1908.

L. hat mit der ihm zugänglichen Literatur die Fälle von isolierter Fraktur des Trochanter major beim Erwachsenen zusammengestellt, deren Krankengeschichten er wiedergibt und denen er auch eine eigene Beobachtung anreiht. An der Hand aller dieser Fälle bespricht er kurz die Symptome, Diagnose und Behandlung dieser seltenen Frakturform.

Blencke-Magdeburg.

40) **Aug. Wilson** (Philadelphia). Treatment of ununited fractures of the neck of the femur by the use of coin silver nails.

The american journ. of orthop. surg. 1908, 3, p. 339.

W. berichtet zunächst kurz in einer Tabelle über die bisher beschriebenen Nagelungen von alten Schenkelhalsfrakturen in 36 Fällen. Diesen stellt er 18 Fälle von alten unbehandelten Schenkelhalsfrakturen gegenüber, von denen sechs in fehlerhafter Stellung knöchern verheilt waren, zwei nur sehr leichte Knochenvereinigung



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

aufwiesen, während sich in 10 Fällen eine fibröse Verbindung gebildet hatte. Funktionell war das Resultat ebenso wenig erfreulich: 5 Patienten waren überhaupt nicht mehr gelaufen, 8 an zwei Krücken, nur einer lief ohne Krücke und Stock mit einem erhöhten Stiefel.

In W.'s Fall handelte es sich um eine 36jährige Frau, die vor $1^1/_2$ Jahren einen intrakapsulären Schenkelhalsbruch erlitten hatte, der unter Extensionsbehandlung fibrös verheilte. Nagelung von einer Haut-Periostwunde am grossen Trochanter aus. Der Nagel geht durch den Halsrest und Kopf bis zum Acetabulum.

Der Nagelkopf wird fest in den Trochanter eingetrieben. — Hautnaht, Gipsverband in Abduktion. Zwei Wochen nach der Nagelung gelingt der Gang an zwei Krücken; 6 Wochen später wird der Verband gewechselt und Gehversuche an zwei Krücken mit langsam zunehmender Belastung des kranken Beins vorgenommen. Dann gerät Pat. aus der Beobachtung, nimmt 7 Monate nach der Operation selbst den Verband ab und versucht ohne Krücke zu gehen. Zwei Jahre später kann sie frei und schmerzlos und fast ohne zu hinken herumlaufen. Wie das jetzt aufgenommene Radiogramm zeigt, hat sich der Nagel etwas gelockert, doch ist eine knöcherne Verheilung in guter Stellung eingetreten (etwas Coxa vara).

Ewald-Hamburg.

41) **Rotter** (Berlin). Eine neue Operationsmethode zur Heilung veralteter Kniescheibenbrüche.

Deutsche med. Wochenschr. Nr. 17, S. 721.

R. hat bei einer Patientin, die beiderseits eine Patellarfraktur erlitten hatte und in Folge erheblicher Dislokation der Bruchstücke im Gehen sehr behindert war, eine Wiederherstellung des Streckapparats in der folgenden Weise vorgenommen. Es wurde ein länglicher Lappen aus der Aponeurose des Quadrizeps herausgeschnitten, dessen Basis an der Kniescheibe, dessen freies Ende nach oben zu liegt. Der Lappen wird nach unten geschlagen, und auf beiden Bruchstücken (die einander möglichst genähert werden) fest angenäht bis zum Lig. patellae proprium. Da jetzt eine Verbindung zwischen dem Quadrizeps und der Tuberositas tibiae besteht, so kann der Muskel wieder auf den Unterschenkel wirken. In dem mitgeteilten Falle war der Erfolg gut.

Ottendorff-Hamburg-Altona.


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

42) G. Moro. Sulle fratture indirette dell' estremo superiore della tibia.

Bollettino della R. Accademia medica di Genova. 1907.

Moro teilt einen klinischen Fall mit, der einen 46 Jahre alten Mann, einen starken Alkoholiker, betrifft. Derselbe hatte infolge eines Traumas eine Fraktur der rechten Kniescheibe erlitten und dann in einem Abstand von zirka 8 Jahren Fraktur des oberen Endes der rechten Tibia, die durch indirekte Wirkung bei einem Fall des Körpers nach rückwärts erfolgt war. Fast vier Monate nach der Heilung glitt er ein zweites Mal auf der rechten Fusssohle derart aus, dass der rechte Unterschenkel sich rasch nach vorn ausstreckte, während er mit dem Körper nach rückwärts fiel.

Bei dieser plötzlichen Bewegung und der Anstrengung, die er machte, um sich auf den Füssen zu halten, empfand Patient einen heftigen Schmerz gleich unterhalb des rechten Knies. Das Gehen blieb unmöglich.

Im Krankenhause fand sich Fraktur des oberen Endes der rechten Tibia mit Bluterguss in das Kniegelenk. Bei der Radiographie konnte man sehen, dass die Frakturlinie vorn in dem oberen Viertel des Knochens begann und schräg nach oben hinten bis an den hinteren Rand der Gelenkfläche der Tibia zog. Man hatte demnach Ablösung des vorderen Teiles der oberen Epiphyse mit Einschluss der beiden Höcker und des vorderen Stachels.

Diese Fraktur war demgemäss an derselben Stelle entstanden, an der die frühere Fraktur (vor zirka vier Monaten) erfolgt war, die offenbar durch den nämlichen Mechanismus entstanden war.

Am Tage, nachdem die Fraktur erfolgt war, fand sich eine Glykosurie, welche ungefähr 14 Tage andauerte. Gleichzeitig fanden sich im Harn beträchtliche Mengen Fett (0,45 ‰), welches nach etwa 10 Tagen verschwand. Im Blut fanden sich zahlreiche weisse Körperchen, die zahlreiche (durch Färbung mit Sudan III nachgewiesene) Fetttröpfchen enthielten.

Verf. verweilt eingehend bei dem Studium des Mechanismus, durch den die Fraktur in diesem Fall entstand. Es ist augenscheinlich, dass, als Patient fiel und dabei der Rumpf sich zurücklegte und der rechte Unterschenkel nach vorn glitt, eine instinktive und energische Kontraktion des Quadrizeps erfolgt sein muss; zu gleicher Zeit muss, wie Janson in ähnlichen Fällen nachgewiesen hat, eine Beugebewegung des rechten Knies erfolgt sein.

Infolge dieser Flexion des Knies konnte die Kontraktion des Trizeps, da die Patellarsehne angespannter war, ihre höchste Wirkung


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

entfalten. Ueberdies nimmt bei dieser Stellung der hintere Rand der Schenkelkondylen seinen Stützpunkt am hinteren Rand der Gelenkfläche der Tibia und strebt dieselben nach unten zu drängen, während vorn durch die heftige Kontraktion der Streckmuskeln diese Ebene stark nach oben angezogen wird.

Die beiden antagonistischen Kräfte verfolgen in Wirklichkeit die nämliche Wirkung, nämlich die Ebene der Gelenkfläche der Tibia auf ihrer Querachse vorn von unten nach oben und hinten von oben nach unten rotieren zu lassen. Da diese beiden Kräfte den Elastizitäts- und Resistenzindex des Knochens überwunden hatten, brach die Tibia an ihrem oberen Ende nach einer Ebene, durch die die verlängerte Längsachse des Femur ging, d. h. nach einer von hinten oben nach vorn unten geneigten Ebene.

Dass die zweite Fraktur an einer Stelle erfolgt war, an der sich der Knochen infolge der früheren Fraktur im Zustande geringerer Widerstandsfähigkeit befand, ist selbstverständlich. Schwieriger ist es zu erklären, wie das erste Mal infolge des Traumas die Fraktur des Knochens erfolgt war, anstatt die anderer weniger widerstandskräftiger Teile, nämlich der Patellarsehne. Man kann jedoch mit dem Verf. leicht annehmen, dass in diesem Fall, da es sich um einen alten Alkoholiker mit offensichtlichen Merkmalen allgemeiner Arteriosklerose handelte, eine auf den Gefässalterationen durch die chronische Alkoholvergiftung beruhende anormale Porosität der Tibia bestand. In der Tat verheilte auch die erste Fraktur nur sehr langsam.

Interessant ist auch in diesem Falle die Erscheinung, dass Pat. einen vollkommen normalen Gang hatte, trotzdem die 8 Jahre vorher erlittene Kniescheibenfraktur durch fibrösen Kallus und mit enormer Diastase der Fragmente (14 cm) konsolidiert war.

Buccheri-Palermo.

43) **Poenaru-Caplescu** (Bukarest). Die Knochennaht und der Gipsverband in der Behandlung der Beinbrüche.

Revista de chirurgie, Juni 1908.

Nach einer kurzen, historischen Uebersicht der Frage beschreibt P.-C. die auf der Abteilung von Jonnescu übliche Behandlungsmethode der Beinbrüche. Im grossen und ganzen besteht dieselbe darin, dass aus zehn- bis zwölffachen Organtinstreifen, die mit Gyps imprägniert sind, drei Leisten zugeschnitten werden, von denen die eine vom mittleren Drittel des Beines beginnend über die hintere Fläche, den Absatz und die Sohle läuft, über den Zehen umbiegt


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und bis auf den Fussrücken hinübergreift. Eine zweite Organtinleiste umfasst beide Seitenteile des Beines und geht wie ein Steigbügel über die Fusssohle. Anfangs mit Binden und nach Erhärtung des Gypses mit Diachylonstreifen, werden diese Leisten, nach vorgenommener Adaptierung der gebrochenen Teile, befestigt und das Bein bleibt nun durch dieselben genügend befestigt. Das Glied kann auf diese Weise in seiner ganzen Ausdehnung beobachtet, offene Wunden können bequem verbunden werden und durch die Diachylonstreifen kann der Verband fester angezogen oder gelockert werden, je nachdem es die stattgehabte An- und Abschwellung verlangt. Nach 25 bis 30 Tagen wird der Verband abgenommen und mit Massage, Bädern und Mechanotherapie begonnen.

Der angegebene Verband ist der modifizierte Maisonneuvesche Apparat der Beinfrakturen. Eine weitere Neuerung ist die, dass die Koaptierung der Knochenfragmente, falls dieselbe sehr schmerzhaft ist, unter Rhachistovainisierung vorgenommen wird. Bei komplizierten Brüchen, oder bei solchen, bei denen die Teile nur schwer oder gar nicht in der richtigen Lage gehalten werden können, werden die Jacoëlschen Klammern angewendet und, wie die beigegebenen Röntgenographien zeigen, sehr gute Resultate erzielt.

E. Toff-Braila.

44) **Vivier** (Paris). Pose de l'appareil de marche après les fractures de jambe. (Anlegung von Gehverbänden bei Unterschenkelbrüchen).

La méd. des accid. du trav. Bd. 6, Nr. 4, (1908), S. 105.

Zur Entlastung der Krankenhäuser und um die Funktion des Gliedes rasch wieder herzustellen, empfiehlt V. dringend, bei Patienten mit Unterschenkelfrakturen Gehverbände anzulegen. Geeignet sind vor allem die Brüche des untersten Abschnitts, die ohne Verschiebung des Fusses einhergehen oder auch bei Tibiafrakturen mit verzögerter Konsolidation. Frakturen beider Malleolen mit Dislokation des Fusses und Brüche der oberen zwei Drittel der Tibia sind für diese Behandlung nicht geeignet. V. legt den Verband 8—10 Tage nach dem Trauma an, wenn das Oedem abgelaufen ist. Ueber einen Baumwollstrumpf kommt ein dünner Gipsverband, der an den Kondylen der Tibia exakt anmodelliert wird. Eine etwaige geringe Verschiebung lässt sich, solange der Verband noch weich ist, ausgleichen. Sobald der Gips erhärtet, wird der Verband ausgeschnitten und ein Gehbügel angegipst, dessen Auftrittsfläche einige Zentimeter von der Sohle absteht und der durch einige Bindentouren unterhalb der Tibiakondylen und in der Höhe der Malleolen befestigt wird.

Ottendorff-Hamburg-Altona.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

45) **M. L. Batut** (Bordeaux). Du traitement sanglant des fractures récentes ou anciennes de la jambe au tiers supérieur ou moyen.

Ann. de chir. et d'orthop. 1908, März, p. 78.

In zwei Fällen von komplizierter Unterschenkelfraktur wurden nach Desinfektion der Hautwunde (Seife — Aether — Sublimat) die Knochenenden mit Silberdraht sofort vereinigt, die Wunde wurde zum grössten Teil vernäht, an einer Stelle drainiert und ein Gipsverband angelegt. Das Resultat war beide Male ein sehr gutes. Ebenso wurden zwei Pseudarthrosen am Unterschenkel mittels Drahtnaht mit gutem Erfolge behandelt. **Ewald**-Hamburg.

46) **Berger** (Paris). Mort subite chez une malade atteinte de fracture de jambe. (Plötzlicher Tod bei einer Patientin mit Unterschenkelbruch).

La méd. des accid. du trav. Bd. 6, Nr. 4, (1908) S. 104.

Bei einer Patientin, die mit einem frischen Bruch des Unterschenkels eingeliefert wurde, trat während der Vorbereitungen zur Röntgenaufnahme Kollaps und unter allmählichem Versagen der Atmung der Exitus ein. Die Ursache dieses Ereignisses war die Verletzung der venösen Gefässe durch die Bruchstücke mit nachfolgender Thrombose. Verschleppung der Thromben in die Herz- oder Lungenarterien kann dann den letalen Ausgang herbeiführen. Verf. rät deshalb bei Splitterbrüchen oder bei starker Dislocation der Fragmente jede Bewegung zu vermeiden und den Kranken nur zu transportieren, wenn es sich nicht vermeiden lässt.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

47) **Rauenbusch** (Heidelberg). Ein Beitrag zur Behandlung der angeborenen Unterschenkelpseudarthrose.

Deutsche med. Wochenschr. Nr. 22, S. 968.

R. beschreibt aus der Vulpiusschen Klinik einen Fall von angeborener Unterschenkelpseudarthrose, der durch Uebertragung eines Periostknochenlappens geheilt wurde. Die einfache Anfrischung der Bruchenden und Vereinigung des Periosts hatten keinen Erfolg gehabt. Es wurde deshalb aus der gesunden Tibia ein freier Periostknochenlappen entnommen und die Pseudarthrose damit überbrückt. Nach längerer Fixation (im ganzen 14 Wochen) wurde feste Konsolidation des Unterschenkels erzielt, teils durch Einheilung des transplantierten Knochens, teils durch Knochenneubildung in der Umgebung. Vor anderen Verfahren: Uebertragung eines gestielten



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hautperiostknochenlappens, der erst später abgetrennt wird oder vor der Methode, nach der eine vollständige Periostmanschette mit ganz dünner Knochenlamelle von gesundem Knochen auf den erkrankten übertragen wird, hat das in diesem Falle verwandte Verfahren den Vorzug der leichten Ausführbarkeit. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.

48) **Haglund** (Stockholm). Ueber den sogenannten Calkaneussporn.

Zeitschr. für orth. Chir. XIX. Bd., 3. u. 4. Heft, S. 457.

Verf. führt die Entstehung des Calkaneussporns auf Zug der Bänder und Muskeln an ihrer Ansatzstelle zurück. Es entsteht diese Spornbildung nur bei solchen Personen, bei denen auch anderweitige proliferierende Prozesse in Folge von Osteoarthritis auftreten. Das Vorhandensein dieses Sporns macht an und für sich keine Beschwerden. Es entstehen die Schmerzen nur, wenn der Sporn von einer Fraktur betroffen wird oder wenn seine Spitze sich in Folge Abflachung des Fussgewölbes und dadurch bedingte Lageveränderung des Calkaneus gegen die Haut richtet. Therapeutisch in Frage kommt eventuell operative Entfernung des schmerzenden Sporns, meistens genügt Entlastung der empfindlichen Stelle durch einen Ring.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

49) **Gaugele** (Zwickau). Die ursächlichen Beziehungen des Os tibiale und der Frakturen des Os naviculare zum Pes valgus.

Zeitschr. für orthop. Chir. XIX. Bd., 3. u. 4. Heft, S. 494.

Bei zwei Fällen von Knickfuss mit Prominenz und Druckempfindlichkeit des Naviculare stellte G. durch das Röntgenverfahren ein kleines Knöchelchen an der medialen Spitze des Kahnbeins fest. Verf. fasst diese Gebilde als Tarsalia und nicht als Frakturprodukte auf, da die Frakturen des Naviculare ganz anders verlaufen und meist mit einer Subluxation des Knochens oder seiner Bruchteile verbunden sind. Ausserdem setzt das Lig. calcaneo-navicul. viel weiter nach vorn an und kann somit keine Abrissfraktur zu Stande bringen. Eine Plattfussbildung auf Grund des Os tibiale ist nicht anzunehmen, die Beschwerden entstehen durch eine gleichzeitige Periostitis über dem Naviculare, vielleicht begünstigt durch die Valgusstellung des Fusses. Bei Frakturen tritt dagegen Plattfussbildung in Folge Verlagerung der Fragmente resp. Bandzerreissung leicht ein und ist auch oft Arthritis deformans als Sekundärerscheinung zu beobachten. **Ottendorff**-Hamburg-Altona.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

50) **Roith.** Luxatio sub talo nach hinten und aussen mit Subluxation des Cuboids.

Beitr. zur klin. Chirurgie. Bd. 58. Heft 2, S. 394.

Die seltene Verletzung kam dadurch zu Stande, dass eine mehrere Zentner schwere Steinplatte von hinten aussen gegen den rechten Unterschenkel fiel. Die Diagnose konnte mit Sicherheit nur durch das Röntgenbild gestellt werden. Bemerkenswert ist neben der Luxation sub talo noch die Verschiebung des Cuboids gegen den Calcaneus nach unten. Verf. erklärt es damit, dass bei der Luxation des Fusses das Lig. interosseum nicht ganz zerriss und der Calcaneus im Zusammenhang mit dem Talus nach oben gezogen wurde. Reposition geschah in tiefer Narkose durch möglichst starken Zug am Mittelfuss mit gleichzeitiger maximaler plantarer Flexion und Abduktion im Chopartschen Gelenk, dann direkter Druck auf den Taluskopf unter Beibehaltung des Zuges. Ueberführung in Adduktion und dorsale Beugung.

Meyer-Heidelberg.

51) **Abadie** (Oran). Arthrodèse et anastomose musculaire dans le traitement des pieds bots paralytiques.

Revue d'orthop. 1908, 2, p. 105.

Die Indikationen für die Arthrodese werden von den einzelnen Autoren verschieden angegeben. A. ist in der Lage, zwei Fälle mitzuteilen, wo an drei verschieden gearteten paralytischen Klumpfüssen vier Methoden erprobt wurden: die Tenotomie, die Arthrodese, die Sehnenüberpflanzung und die subperiostale Tenodese.

Bei einem 15jährigen Mädchen, dessen Fuss schlapp herunter hing, machte A. die Arthrodese des Talocrural- und Talonaviculargelenks, die er noch mit je 2 Silberdrähten sicherte. Nach vier Monaten ist noch keine absolute Ankylose eingetreten. Daher (?) Tenotomie der Achillessehne und Fixation des Fusses in etwas spitzwinkliger Dorsalflexion. Ueber den objektiven Endbefund teilt A. nichts mit, nur habe die Pat. geschrieben, dass der Fuss jetzt in guter Stellung sei.

Bei einem ebenfalls 15jährigen Mädchen mit beiderseitigem paralytischen Klumpfuss (Pes varo-equinus, Lähmung des ext. digg. com. und der Peroneen) macht Abadie auf der einen Seite die Ueberpflanzung des tibial. ant. auf den extensor communis und eines Teils der Achillessehne auf die Peroneen, ohne dass er viel den Zustand bessern konnte. Auf der anderen Seite macht er die Arthrodese wie beim ersten Fall, sowie die Verlängerung der



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Achillessehne und erreicht eine sehr gute Stellung in Ankylose. — Abadie zieht aus seinen — wie er selbst sagt — spärlichen Beobachtungen den gewagten Schluss, dass die Arthrodese von allen Methoden in der Mehrzahl der Fälle die besten Resultate gibt, während die Sehnenüberpflanzung ihm ganz versagt hat, weshalb er nächstens zur periostalen Transplantation (Redard) übergehen wird. Die subperiostale Tenodese ist ein wertvolles Hilfsmittel, um nach gemachter und ankylotisch gewordener Arthrodese den Vorderfuss zu heben.

In einem dritten Fall von Pes equino-varus (extensor dig. com. und Peroneen gelähmt) hat A. dieselbe Arthrodese mit Silberdraht gemacht. Diese scheint demnach das Normalverfahren für ihn darzustellen.

Ewald-Hamburg.

52) **Hirsch** (Berlin). Kasuistischer Beitrag zum Metatarsus varus congenitus.

Zeitschr. für orth. Chir. XIX. Bd., 3. u. 4. Heft, S. 543.

Es bestand in diesem Falle beiderseits eine Varusstellung und auch eine gleichartige Verbiegung der Metatarsen. Calkaneus und Talus zeigten Valgität, die übrigen Tarsalknochen dagegen Varität. Genau festzustellen waren die Verhältnisse vor allem am Röntgenbild, wodurch auch die Varusbiegung der Metatarsen deutlich wurde, die charakteristisch für diese Deformität ist. Die Anamnese ergab, dass der Zustand bereits seit der Geburt bestand.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

53) **Lengfellner** (Berlin). Ein spezieller Plattfussstiefel.

Deutsche med. Wochenschr. Nr. 22, S. 970.

L. beschreibt einen Plattfussstiefel, dessen Besonderheit darin besteht, dass er keiner besonderen Einlage bedarf, sondern dass das Schuhgewölbe bereits so gearbeitet ist, dass es die Stütze des Fusses übernimmt. L. erreicht dies dadurch, dass er die Brandsohle nach einem Gipsmodell des Fusses walken lässt und sie mit einer erhärtenden wasserdichten Masse überstreicht. Die Form der Gehsohle kann dann schmaler sein wie die der Brandsohle und dem Schuhwerk somit ein eleganteres Aussehen verliehen werden. Ebenso kann man etwaige Erhöhung des Innenrandes innen in den Schuh hineinlegen. Zugleich macht Verf. darauf aufmerksam, dass Plattfussbeschwerden auch bestehen können, ohne dass das Fussgewölbe völlig abgeflacht ist. Im Gegenteil bestehen am häufigsten Schmerzen, wenn sich das Gewölbe des Fusses erst zu senken beginnt. Dann

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hat auch die Therapie einzusetzen. Verf. hält deshalb auch statt des Namens „Plattfuss" die Bezeichnung „Senkfuss" für geeigneter.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

54) **Muskat.** Stauungshyperaemie bei fixiertem Plattfuss.

Berliner klin. Wochenschr. 1908. Nr. 26. S. 1234.

M. hat mit der Anwendung der aktiven Stauungshyperaemie vermittelst Bestrahlung mit einer intensiv heiss wirkenden, elektrischen roten Lichtquelle, sowie der passiven durch die Stauungsbinde, am unteren Drittel des Unterschenkels angelegt, bei beginnendem fixierten Plattfuss gute Resultate erzielt. Nach Abnahme der Staubinde sofort Bewegungen im Sinne der Supination. Zur Erhaltung der erreichten Beweglichkeit Bindeneinwicklung oder Heftpflasterverband.

Meyer-Heidelberg.

55) **Ghillini** (Bologna). Mixomi dell' alluce.

Bullett. delle science mediche. 1907, ser. VIII, vol. 7.

Die Myxome des Knochens sind höchst seltene Geschwülste von schwerer klinischer Diagnose. In der Literatur sind keine Beobachtungen von Myxomen der grossen Zehe beschrieben worden. In den beiden von Ghillini operierten Fällen wurde Diagnose auf Tuberkulose gestellt.

Im ersten Fall handelte es sich um eine 14 Jahre alte Pat., in deren frühere Vorgeschichte sich nichts Bemerkenswertes fand. Sechs Monate vor ihrem Eintritt ins Krankenhaus hatte sie leichte Schmerzen mit Anschwellung des Nagelgliedes der rechten grossen Zehe wahrgenommen. Die Haut ulcerierte auf der tibialen Seite. Das Geschwulstgewebe wurde abgetragen und der Knochen abgekratzt. Glatte Heilung. Bei der mikroskopischen Untersuchung, ergab sich ein reines Myxom des Knochens. Nach einem Jahr fand sich das Mädchen wieder ein, da sich die Phalanx neuerdings verdickt hatte, und es wurde die Exartikulation der Phalanx selbst ausgeführt. Nach wenigen Tagen verliess Pat. geheilt das Krankenhaus, nach einem Jahre aber trat Rezidiv an der 1. Phalanx auf, welche exartikuliert wurde. Die mikroskopische Diagnose bestätigte wieder die myxomatöse Natur der Knochenneubildung.

Der andere Fall betraf eine 13jährige Patientin, deren Mutter und ein Bruder an Tuberkulose gestorben waren. Seit einem Jahre hatte sie ein kleines Geschwür am rechten Hallux und eine Verdickung des letzten Gliedes bemerkt. Ganz geringe Schmerzen. Die Wunde heilte, aber die Anschwellung nahm zu. Der be-



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

handelnde Arzt hatte, da er Fluktuation wahrgenommen, eine Inzision gemacht, welche Blut und gallertige Flüssigkeit zu Tage förderte. Die Wunde vernarbte, die Anschwellung aber nahm zu, so dass die Zehe das dreifache Volumen des Normalen erreichte. Dieselbe wurde vor zwei Jahren exartikuliert. Glatte Heilung. Kein Rezidiv. Bei der mikroskopischen Untersuchung ergab sich ein Myxom, welches von dem Periost des Nagelgliedes ausgegangen war.

Buccheri-Palermo.

56) **van Dam.** Hamerteenen (Hammerzehen).

Nederlandsch Tydschrift voor Geneeskunde. 1908, 1. Häfte, Nr. 18.

Diese Mitteilung aus der Klinik von Prof. Lanz enthält erstens einiges über die Literatur. Weiter wird auch die Aetiologie behandelt. Die Hauptrolle wird dabei der schlechten Fussbekleidung zuerkannt, wenn auch angeborene, Entzündungs- und traumatische Fälle existieren sollten. Als verschiedene Formen werden genannt der Cohensche „orteil en marteau en c, z et L;“ weiter das Brocasche „chevauchement des orteils“, der hallux malleus von Nicoladoni, die Klumpzehe von Hohmann usw.

Die Symptomen sind Schmerzen, schlechtes Gehen, Hühneraugen, Bursitiden.

Als Therapie empfiehlt v. D. prophylaktisch gute, nicht zu kurze Schuhe, orthopädische Pflaster-Verbände nach Hoffa, Einschubsohlen nach Thilo. Am meisten wird indessen ein operatives Verfahren zu empfehlen sein, wie auch Hoffa, Perrier, Witzel u. a. meinen. Ihre Methoden werden beschrieben. v. D. selber empfiehlt die Resektion des ersten Interdigitalgelenks oder Exartikulation der Basalphalanx. Bei fünf in der letzten Zeit operierten Kranken wurde meist an der einen Seite die erste, an der anderen Seite die zweite Operation gemacht. Diese fünf Patienten hatten zusammen 18 Hammerzehen, 7 mal waren Bursitiden vorhanden, 10 mal wurde subperiostale Exartikulation der Basalphalanx ausgeführt, 8 mal Resektion des ersten Interphalangealgelenkes. Beide Operationsmethoden haben gute Resultate gegeben, die Schmerzen verschwanden, wenn auch die Beweglichkeit der Zehen ziemlich weit unter der Norm blieb. Kosmetisch ist Resektion indessen zu empfehlen, was mittelst einer Abbildung demonstriert wird. Letztgenannte Operation wird deshalb als die beste erkannt werden müssen.

Tilanus-Amsterdam.

Generated on 2019-06-08 18:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Kongressberichte, Vereinsnachrichten etc.

57) **Konjetzny.** Med. Gesellschaft zu Chemnitz. 12. Febr. 1908.
Münch. med. Wochenschr. 1908. Nr. 25, p. 1098.

Multiples Osteoidchondrom des Skeletts.

K. demonstriert die Präparate der Leiche eines 35 jährigen Mannes mit multiplen Knochenwucherungen. So symmetrisch am Stirnbein mehrere bis Hühnerei grosse höckerige Geschwülste, die z. T. die Dura durchwuchert haben, ferner in den Lungen subpleurale erbsen- bis haselnussgrosse knochenharte Knoten; weiter findet sich am linken Hüftbein ein kindskopfgrosser harter Tumor von höckeriger Beschaffenheit. Auf der Schnittfläche der Oberschenkelknochen erkennt man mehrere völlig eburnisierte Knoten in der Spongiosa. Ebenso an der Wirbelsäule Knoten, die teils in die Muskulatur, teils in den Rückenmarkskanal hineinragen. — Mikroskopisch handelt es sich um ein ossifizierendes Osteoidchondrom, in dem die Hauptmasse aus osteoidem Gewebe besteht. Die eburnierten Knoten im Oberschenkel spricht K. als die ältesten Tumorbildungen an, die anderen als metastatische (jedoch kein Sarkom)! — Aus der Anamnese ergibt sich, dass vom 5. bis 11. Jahre eine ausgesprochene Knochenbrüchigkeit bestanden hat, so dass der Patient damals viele Knochenbrüche durchgemacht hat. Rachitis ist übrigens auszuschliessen, ebenso Osteomalazie; man muss an eine idiopathische Osteopsathyrosis denken und die Tumoren als Kallusgeschwülste auffassen (Marchand). **Ewald**-Hamburg.

58) **Minkel.** Aerztlicher Verein in Frankfurt a. M. 17. Febr. 1908.
Deutsche med. Wochenschr. 1908, Nr. 21, p. 950.

M. stellt einen 7 jährigen Knaben mit Exostosis cartilaginea multiplex vor. Der Junge bekam im zweiten Lebensmonat eine Exostose am linken kleinen Finger. Im Laufe der nächsten Jahre entwickelten sich deren 25 an den verschiedensten Knochen. Keine Heredität. **Ewald**-Hamburg.

59) **Le Ronvillois.** Société de médecine de Paris. 8. Mai 1908.
Gaz. des hôp. 1908, Nr. 57, p. 682.

Rhumatismes tuberculeux.

Vortr. bekämpft die Theorie Poncets über den tuberkulösen Ursprung gewisser chronischer Gelenkrheumatismen.

In der Diskussion kann Laussedat die Annahme Poncets durch Anführung mehrerer Fälle stützen. **Ewald**-Hamburg.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

60) **M. Cartier.** Académie de médicine de Paris. 14. April 08.

Gazette des hôpitaux. 1908. Nr. 46. p. 549.

Dystrophie articulaire dûe au bacille de la tuberculose.

C. erinnert an die wichtigen Mitteilungen, die Poncet bezügl. der Beziehungen des chronischen Gelenk-Rheumatismus zu der Tuberkulose gemacht hat. In C.'s Fall hatten die klinischen Erscheinungen an den Gelenken keine Aehnlichkeit mit den bekannten Formen der Gelenktuberkulose und waren doch durch den Tuberkelbazillus hervorgerufen. **Ewald**-Hamburg.

61) **Max Strauss.** Aerztlicher Verein in Nürnberg. 20. Febr. 1908.

Deutsche med. Wochenschr. 1908, Nr. 15, p. 675.

Das Marmoreksche Tuberkuloseserum in der Therapie chirurgischer Tuberkulosen.

St. kommt zu dem Schluss, dass das Marmoreksche Heilserum, rectal einverleibt, durchaus unschädlich ist und in einer Reihe von Fällen, namentlich den infizierten Tuberkulosen, eine spezifische Wirkung auszuüben scheint. Es kann daher neben den bisher geübten Heilmethoden zur Verwendung gelangen. Wesentlich ist eine genügend lange Behandlung. Der Preis des Serums ist nicht allzu hoch (3 Fr. pro 5 cctm.). **Ewald**-Hamburg.

62) **Racoviceanu-Pitesti** (Bukarest). Ueber Asepsis bei Operationen.

Chirurgische Gesellschaft in Bukarest, Sitzung vom 16. Januar 1908.

Der Vortragende hat versucht Katgut- und Seidenfäden durch Hanffäden zu ersetzen, da dieselben, bei genügender Resistenz, viel billiger sind und auch den Vorzug haben, besser geknotet werden zu können wie Katgutfäden. Die Erfahrung hat aber gezeigt, dass Hanffäden sehr schwer zu sterilisieren sind. Selbst wenn die mit denselben beschickten bakteriologischen Kulturen steril blieben, zeigten doch die Wunden oft Eiterung. Um prima intentio zu erzielen, mussten die betreffenden Fäden drei Tage lang in 10 %iger Sublimatlösung liegen und dann eine Stunde lang in 0,1 %iger Sublimatlösung gekocht werden. Die erzielte Sterilität war dann eine vollkommene, was mit den sonst üblichen Sterilisationsmitteln nicht erzielt werden konnte. **E. Toff**-Braila.

63) **Wrede.** Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg i. Pr. 30. III. 1908.

Deutsche med. Wochenschr. 1908. Nr. 23, p. 1037.

W. zeigt drei Kaninchen, denen er im Kniegelenk die Femur-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und Tibiaenden durch entsprechende Gelenkteile anderer Kaninchen ersetzt hat. Die Möglichkeit von ganzen Gelenktransplantationen wird so durch den Tierversuch dargetan. **Ewald**-Hamburg.

64) **Lexer.** Operative Behandlung versteifter Gelenke. Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg. 17. Febr. 1908.

Deutsche med. Wochenschr. 1908. Nr. 21 u. 23.

Zum Teil decken sich die Ausführungen Lexers mit den Mitteilungen, die über Knochentransplantationen auf dem 37. Kongress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie (April 1908) gemacht wurden.

Bisher wurden durch Zwischenlagerung von Geweben nur Schlottergelenke oder Pseudarthrosen erreicht. Es muss aber möglichst die Form der Gelenkflächen normal hergestellt werden, weshalb L. versuchte, nach Resektion der spitzwinkligen Kniegelenkssynostose den ganzen Kniegelenksapparat aus einem frisch amputierten Bein zu überpflanzen. Es kam zur vollkommnen Einheilung. Die aktive Beweglichkeit ist noch gering und muss durch Muskelplastik verbessert werden.

In anderen Fällen, in denen grosse Knochenteile aus Tibia und Humerus inkl. Epiphysen weggenommen werden mussten, gelang der Ersatz durch lebenswarm aus amputierten Gliedern entnommene und mit Periost und Gelenkknorpel versehene Knochenabschnitte. Die vorher abgelöste Muskulatur trat wieder in Funktion, sodass sich die Beweglichkeit der Gelenke wieder herstellte.

Dann stellt L. eine 18 jährige Patientin vor, der er wegen eines grossen Enchondroms der Grundphalanx des vierten Fingers die Grundphalanx allein herausgenommen und diese durch die Grundphalanx der zweiten Zehe aus einem frisch amputierten Fuss samt Periost und Gelenkflächen beider Epiphysen ersetzt hat.

Ewald-Hamburg.

65) **Preiser.** Aerztlicher Verein in Hamburg. 12. Mai 1908.

Hamb. Aerzte-Korrespondenz. 1908, Nr. 20, p. 191.

Die gonorrhoische Arthritis.

Pr. unterscheidet mit König und Bennecke 4 Arten der gon. Arthritis: 1. den Hydrops, 2. die serofibrinöse Entzündung, 3. das Empyem, 4. die Phlegmone. Von der letzteren, der häufigsten und bösartigsten, hat Pr. 33 Fälle beobachtet; der Ausgang dieser Fälle zeigt, dass die Prognose ernst zu stellen ist, und dass es auf frühzeitige orthopädische Behandlung ankommt. Differenzialdiagnos-


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tisch ist zu bemerken, dass gegenüber dem akuten Gelenkrheumatismus das Fieber nur wenig hoch ist und selten lange andauert, dass nur ein Gelenk befallen ist, und dass die Salicylsäuretherapie versagt. An zahlreichen Röntgenbildern, die in verschiedenen Zeitabständen aufgenommen wurden, zeigt Pr. die Gelenkveränderungen (Knorpelschwund, Zerstörung der Gelenkflächen, Periostitiden). Die Knochenatrophie scheint meist dann aufzutreten, wenn der Knorpelbelag zu Grunde geht. Auch Gelenke, die infolge unzureichender Lagerung im akuten Stadium subluxiert sind, sowie viele Ankylosenbildungen, besonders am Handgelenk werden gezeigt.

Erkrankt waren 22 Frauen, 11 Männer; die Frauen anscheinend sämtlich bereits in der ersten Wochen nach der Genitalinfektion; 5 Männer erst beim Eintritt der Urethritis post. Betroffen war der Häufigkeit nach Knie, Hand, Ellenbogen, Schulter, Hüfte, Fuss.

Die Behandlung hat die Entzündung zu bekämpfen, dann die falschen Stellungen zu verhüten. Sie bestand in heissen Wasserbädern (auch im akuten Stadium), frühzeitiger Massage und Bewegungstherapie. Eis ist nutzlos. Um die normale Stellung der Extremität zu erhalten, wendet Pr. den abnehmbaren Gipsverband an. Stauung blieb erfolglos.

In der Diskussion hebt Lenhartz die Wichtigkeit frühzeitiger Bewegung hervor, um Versteifungen zu vermeiden. Bei der Handgelenksarthritis hat L. in einem bestimmten Stadium eine polster artige Geschwulst gesehen, die wochenlang trotz aller Behandlung bestehen bleibt. Er hat mit bestem Erfolge in solchen Fällen kräftige Incisionen ausgeführt, die jedoch die Sehnenscheiden nicht verletzen. Die Incisionswunden werden mit trockener Gaze bedeckt und auf 8 Tage ein fester Verband angelegt. Plate meint, dass die Handrückenschwellung infolge verzögerter Resorption zu stande kommt, die wiederum durch die Drüsenschwellung hintangehalten wird. Er sucht daher diese durch Solbäder, Schmierseifeneinreibungen und leichte Massage zu beseitigen. So hat P. in 10 Fällen keine einzige Versteifung bekommen.

König hat wegen dauernder Gelenkschmerzen mehrfach Resektionen ausführen müssen, oder er hat solche erkrankte Gelenke incidiert und dann gestaut, um die toxische Flüssigkeit hinauszuschwemmen.

Kümmell unterscheidet die trockene Arthritis und den Hydarthros. Letzterer ist prognostisch günstiger, muss aber, wenn die übliche Behandlung versagt, punktiert werden. Bei der Arthritis sicca hält er die Ruhigstellung des Gelenks für angezeigt. Eine


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

frühzeitige Resektion sei nicht ratsam, da er bedeutende Besserung nach fast völliger Versteifung sich hat spontan wiederherstellen sehen.

Ewald-Hamburg.

66) **Wendel.** Medizinische Gesellschaft zu Magdeburg. 20. Febr. 1908.

Münch. med. Wochenschr. 1908, Nr. 24, p. 1312.

W. demonstriert einen Patienten, den er wegen einer schweren Zerstörung des linken Fussgelenks im Unterschenkel amputiert hat. Das Leiden gleicht anatomisch und radiographisch einer weit vorgeschrittenen Arthropathia tabica. Vor 3 Jahren ca. hatte eine Inzision einen fibrinösen Erguss entleert, seitdem Fisteln und Schmerzen. Daher Amputation. — Auffallend ist das Fehlen jeglichen Zeichens einer Tabes oder Syringomyelie.

Pat. wird dann wegen des vorzüglichen funktionellen Resultates, das die von Eiselsberg modifizierte Biersche Methode der Osteoplastik gezeitigt hatte, demonstriert. Schon 10 Tage nach der Operation konnte mit Tretübungen begonnen werden, wobei sich der Stumpf direkt auf die Prothese stützt. Die osteoplastische Methode hat vor anderen Amputationsmethoden voraus, dass erheblich an Zeit gespart wird.

Ewald-Hamburg.

67) **Georges Guillain** und **Laroche.** Société médicale des hôpitaux de Paris. 3. April 1908.

Gazette des hôpitaux. 1908. Nr. 41, p. 487.

Un cas de cyphose traumatique.

Der Patient ist im 15. Lebensjahre auf den Rücken gefallen, hat dabei aber weder eine Fraktur noch eine Luxation der Wirbel erlitten. Zwei Monate später begann sich am 5. Brustwirbel eine Kyphose auszubilden, die ein Jahr lang zunahm, dann aber während 20 Jahren dieselbe Stärke behielt. Keine Funktionsstörung, manchmal intermittierende Schmerzen. Es handelte sich um die von Kümmell und Henle genau beschriebene traumatische Kyphose. Die Entstehung ist so zu erklären, dass bei dem Fall bestimmte Bänder (ligament. longitudinale ant.) zerrissen wurden, in der Folgezeit ossifizierten und so die progressive kyphotische Verkrümmung zustande brachten.

Ewald-Hamburg.

68) **Plehn.** Duchenne-Aransche Lähmung. Verein für innere Medizin in Berlin. 4. Mai 1908.

Deutsche med. Wochenschr. 1908. Nr. 22, p. 985.

Der 48 jährige Arbeiter hat vor 8—10 Jahren Schmerzen im Rücken, in den Schultern und Armen bekommen und bemerkte



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gleichzeitig ein Schwinden der Oberarmmuskulatur. Trapezius, Latissimus und die tiefe Rückenmuskulatur fehlen fast völlig, ferner der Serratus ant. und der rhomboideus major, der Pectoralis maj. und sämtliche Oberarmmuskeln; der Deltoideus ist z. T. atrophisch, z. T. hypertrophiert. Bei Fixation der Schulterblätter kann P. den Arm ganz hochheben. Ursache: Wahrscheinlich Degeneration der Halsmarkvorderhörner. Pat. konnte trotz des erheblichen Mnskelausfalls noch schwere Arbeit verrichten.

In der Diskussion bemerkt Rosenstein, dass v. Eiselsberg in einem ähnlichen Fall einen vorübergehenden schönen Erfolg durch Aneinandernähen beider Scapulae erzielt habe. Karewski hat diesen Fall gesehen, die Patientin kam mit der Bitte zu ihm, die Schulterblätter wieder auseinanderzumeisseln, da sie davon ausserordentlich grosse Beschwerden habe! **Ewald**-Hamburg.

69) **Schwalbach.** Zur Behandlung der Dupuytrenschen Kontraktur. Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. 9. III. 08.

Deutsche med. Wochenschr. 1908, Nr. 22, p. 988.

Schw. hat in Fällen von Verbrennungs-, ungünstigen Operationsnarben und Fingerkontrakturen Thiosinamin und später Fibrolysin mit bestem Erfolge angewandt. Auch in dem von ihm mitgeteilten Fall besteht seit 15 Monaten völlige Rezidivfreiheit. Bei dem 61jährigen Schlosser bestanden seit 18 Jahren verkrümmte 4. und 5. Finger infolge Kontraktur der Palmarfascie, auch der Daumen war etwas ergriffen. Im Verlauf der Sehnen der befallenen Finger fühlte man kleine Knötchen. — Ferner Arteriosklerose und Fettherz. Nachdem mehrwöchige heisse Seifenbäder und Streckversuche erfolglos geblieben und eine Operation abgelehnt war, wurde mit Fibrolysineinspritzungen in das Narbengewebe begonnen, jedesmal 2,3 cbcm, innerhalb 5 Wochen 9 Spritzen, sieben in die rechte, zwei in die linke Hand. Ausserdem badete der Kranke zweimal täglich seine Hände in heissem Wasser. Die Finger können jetzt völlig gestreckt und gebeugt werden. Nachteile: Schmerzhaftigkeit der Injektion, die aber nach einer Viertelstunde schon aufhört. Zuweilen Oedeme, das mehrere Wochen anhalten kann. Sch. schlägt vor, in Zwischenräumen von 5 bis 8 Tagen nur drei Injektionen zu machen; dann Bäder und Massage. **Ewald**-Hamburg.

70) **Mattauschek.** Wissenschaftlicher Verein der Militärärzte der Garnison Wien. 8. Febr. 1908.

Deutsche med. Wochenschr. 1908, Nr. 15, p. 677.

Abreissung des langen Daumenstreckers durch forcierte Muskelaktion.


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dieselbe entstand bei einem gesunden, kräftigen Offizier ohne jede prädisponierende Ursache durch krampfhaftes Festhalten eines Zeichenbretts bei heftigem Winde. Riss wahrscheinlich im distalen Teil des Muskels im Uebergang zur Sehne. **Ewald**-Hamburg.

71) **Heinlein.** Nürnberger medizinische Gesellschaft und Poliklinik. 5. Dez. 1907.

Münch. med. Wochenschr. 1908, Nr. 8, p. 426.

Ein 25 jähr. Fräulein acquirierte im Anschluss an angestrengte Tätigkeit in der Waschküche einen schnellenden Finger. Sie fühlte deutlich bei jeder Beugung des Mittelfingers ein Körperchen von der Mitte der Beugeseite des zweiten Fingergliedes gegen das erste Interphalangealgelenk herabsteigen, um unter lebhaften Schmerzen hier unfühlbar zu werden. H. selbst konnte das Knötchen nicht feststellen, doch konnte er unter Berücksichtiguug der anatomischen Verhältnisse erkennen, dass an der Stelle des Lig. cruciatum digiti resp. des Chiasma tendinum die Sehnenscheide des flexor profundus verengt sein müsste. Bei der Spaltung der Haut über dem zweiten Fingerglied stülpt sich Sehnenscheide erbsengross vor. Bei der Inzision entleert sich relativ viel dünnflüssiger Schleim, und schliesslich ein linsenförmiges, knorpelhartes Gebilde, das von der Sehne des tiefen Beugers seinen Ursprung nimmt und leicht abgetragen werden kann. Völlige Wiederherstellung der Funktion. **Ewald**-Hamburg.

72) **Hoeftmann.** Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg i. Pr. 16. März 1908.

Ein 17 jähr. Mann hatte durch eine Verletzung die Sehne des Flexor profundus des rechten Mittelfingers verloren. Die Diastase der Sehnenstümpfe betrug etwa 10 cm. Sie wurden durch eine etwa 6 cm lange Seidensehne vereinigt. Verhältnismässig gute Beweglichkeit des Fingers. **Ewald**-Hamburg.

73) **Heinsius.** Coxa vara traumatica. Aerztlicher Verein in Danzig. 6. Febr. 1908.

Deutsche med. Wochenschr. 1908, Nr. 15, p. 673

Ein 17 jähriger Junge fiel beim Sprung zu Boden, empfand Schmerzen in der Hüfte, konnte aber aufstehen und nach Hause gehen. Er hat trotz Schmerzen noch $^1/_4$ Jahr gearbeitet, dann begann er erheblich zu hinken und musste meist liegen. 3 cm Verkürzung, Beschränkung der Abduktion- und Innenrotation. Nach Röntgenbild und Operation (Resektion) zeigte sich die Epiphyse



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

des Schenkelkopfes abgekappt und gegen den Trochanter minor verschoben, der Schenkelhals unverändert. Diese langsam fortschreitende Entwicklung des Leidens im Anschluss an ein geringfügiges Trauma kehrt in den meisten Krankengeschichten von Coxa vara traumatica wieder. In der Diskussion wollen Thöle und Storp die traumatische Epiphysenlösung klinisch von der Coxa vara getrennt wissen.

Heinsius wendet dagegen ein, dass nach neueren Beobachtungen die Mehrzahl der Fälle von Coxa vara traumatischen Ursprungs ist und auf Epiphysenverschiebung beruht. **Ewald**-Hamburg.

74) **Tubby.** Coxa valga. Royal Society of Medicine in London. 11. Febr. 1908.

Deutsche med. Wochenschr. 1908. Nr. 24, p. 1080.

Die Deformität ist manchmal angeboren (z. B. in Verbindung mit angeborener Luxation). Erworben kommt sie bei schwerer Kinderlähmung und nach hohen Amputationen, bei Genu valgum und Skoliose vor; ferner nach Traumen, die den Schenkelhals oder den Femurschaft treffen, schliesslich bei Rachitis. Die Symptome sind bekannt. Therapeutisch kommen in Frage die lineare Osteotomie durch die Basis des Schenkelhalses und die keilförmige Osteotomie mit Entfernung eines Stücks, das seine Basis nach innen hat. Der Keil wird aus dem subtrochanteren Stück entfernt.

In der Diskussion bezweifelt es Gordon Watson, dass die Rachitis zur Vergrösserung des Neigungswinkels führen kann, auch glaubt er, dass man das, was Tubby als Coxa valga bezeichnet, bei allen Fällen von angeborener Luxation findet.

Ewald-Hamburg.

75) **Fürnrohr.** Nürnberger medizinische Gesellschaft und Poliklinik. 5. Dez. 1907.

Münch. med. Wochenschr. 1908, Nr. 8, p. 426.

Ein 8 Monate altes Kind zeigte eine nahezu komplette Lähmung der vom rechten Nervus cruralis und obturatorius versorgten Muskeln (Ileopsoas, Extensor cruris quadriceps, Sartorius, z. T. die Adduktoren). Entsprechende Bewegungsstörung. Patellarreflex fehlt rechts. — Die Geburt des Kindes war eine sehr schwere. (Wendung mit Herabziehen des rechten Beins, Asphyxie). Das rechte Bein war nach der Geburt blau geschwollen und wurde nicht bewegt. Dieser Zustand hat sich gehalten. Prognosis dubia, Therapie: Massage, Elektrizität, Solebäder. **Ewald**-Hamburg.


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:18 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

76) **Bum** (Wien). Die Infiltrationstherapie der Ischias. XXV. Kongress für innere Medizin. 6.—9. April, Wien.

Münch. med. Wochenschr. 1908. Nr. 18, p. 987.

B. hat bei 38 Fällen, die er wochenlang beobachtet hat, die Infiltrationstherapie mit 0,8 % Kochsalzlösung angewandt. 24 wurden nach 1—3 Infiltrationen (100 cbcm unter hohem Druck in den Nerven injiziert) dauernd geheilt, 8 erheblich gebessert; in 2 Fällen Rezidiv, 4 Fälle blieben ungeheilt. Die Wirkung der Infiltration ist eine mechanische, die Nervenscheide mobilisierende, sowohl das Neurilemm als auch Verklebungen des Nerven mit der Nachbarschaft beeinflussende. Daher ist das Eindringen der Nadelkanüle ein so wichtiges Postulat. Jede Einspritzung, bei der der Nerv nicht getroffen ist, ist zwecklos. Bei den mehr als 200 Injektionen, die Vortragender gemacht hat, hat er nie irgend eine Schädigung gesehen. Kontraindiziert oder wertlos hält B. die Injektion bei der symptomatischen Ischias (Arteriosklerose, toxische Ischialgien, funktionelle Neurosen).

Diskussion. v. Noorden hat mit der Saugpumpe bei Ischias gute Resultate erzielt.

Ewald-Hamburg.

77) **Weigel.** Nürnberger medizinische Gesellschaft und Poliklinik. 19. Dez. 1907.

Münch. med. Wochenschr. 1908, Nr. 11, S. 593.

W. stellt einen Fall von subcutaner Ruptur des musc. sartorius, entstanden durch Auffallen eines Eisenträgers, vor. Beim Heben des Beins, sowie bei elektrischer Reizung tritt das abgerissene untere Ende des Muskels als rundliche Geschwulst in der Mitte der Vorderfläche des Oberschenkels hervor. Eine wesentliche Funktionsstörung ist jetzt — nach 4 Jahren — nicht mehr nachzuweisen.

Ewald-Hamburg.

78) **Lucas-Championnière.** Académie des sciences.

Gaz. des hôp. 1908, Nr. 49, p. 584, 21. April 1908.

Le progrès de la chirurgie moderne jugé par une statistique de résections du genou. In der vorantiseptischen Zeit betrug die Mortalität bei Kniegelenksresektionen 57 %, und die Resultate waren so wenig ermutigend, dass man oft lieber die Amputation machte L.-Ch. hat in den letzten 27 Jahren 136 Kniegelenksresektionen gemacht und nur einen Todesfall (Alkoholdelirium) gehabt. Die Resultate sind sehr gut gewesen, ein Patient machte einen Monat nach der Operation einen Marsch von 75 km. L.-Ch.



Digitized by Google · Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ist immer der Listerschen Methode treu geblieben und hält diese in den allgemeinen Krankenhäusern bei so vielen Eiterungen und infizierten Leuten, die von aussen her kommen, für besser als die aseptische Methode. **Ewald**-Hamburg.

79) **Wrede.** Muskelplastik bei alten Kniescheibenbrüchen. Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg. 30. III. 1908.

Deutsche med. Wochenschr. 1908. Nr. 23, p. 1036.

Um die Kontinuität des Streckapparates wiederherzustellen, hat man verschiedene Wege eingeschlagen: v. Bergmann meisselte die Tuberositas tibiae schräg ab, Helferich heilte tote Knochen in die Lücke ein, J. Wolff schloss den Defekt durch einen gestielten Knochen-, Rosenberger durch einen gestielten Knochensehnenlappen. Schanz vereinigte die Bruchstücke mittels des verlagerten Sartorius. Lexer führte bei dem vorgestellten 39jährigen Mann eine Muskelplastik aus. Die Querfraktur bestand seit 10 Monaten, die Diastase betrug 8 cm, der Quadrizeps war atrophiert, das Strecken des Beins unmöglich. L. umschnitt einen langen zungenförmigen Lappen aus der Mitte des Quadrizeps mit Basis am oberen Kniescheibenrande, klappte den Muskel-Sehnenlappen nach unten und befestigte ihn unter Zug mit Draht und Seide in einer fingerbreiten, eigens zu diesem Zweck gebohrten Mulde an der Vorderfläche des unteren Kniescheibenbruchstücks, ferner am Lig. patellae, am Tibiaperiost. Gipsverband. Nach 2 Monaten konnte P. ohne Verband aufstehen, nach 4 Monaten kann er das Bein ohne Mühe gestreckt halten, ohne Beschwerden umhergehen und das Knie über 90° beugen. **Ewald**-Hamburg.

Personalnotiz.

Der ordinierende Arzt im Stefanie-Kinderspital in Budapest, Dr. Eugen Kopits, hat sich für orthopädische Chirurgie habilitiert. Er behandelte in seiner Probevorlesung die Bedeutung der mechanischen Einwirkungen in der Pathogenese der Deformitäten.

Generated on 2019-06-08 18:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Referate: 1) **Patry**, Schicksal von Fällen schwerer Verstümmelung. — 2) **Landwehr**, Pseudo-Muskelhypertrophie nach Venenthrombose. — 3) **Levy**, Familiäre spastische Spinalparalyse. — 4) **Tölken**, Beitrag zur Aetiologie der Chorea minor. — 5) **Dillenburger**, Osteogenesis imperfecta. — 6) **Renvall**, Kongenitale, familiär auftretende Extremitätenmissbildungen. — 7) **Esau**, Rheumatismus tuberculosus (Poncet). — 8) **Alamartine**, Hypertrophische Osteoarthropathien. — 9) **Hinz**, Operative Behandlung intra- und paraartikulärer Frakturen. — 10) **Bramson**, Neuer Apparat zur Traktionsbehandlung. — 11) **Mouchet**, Nachteile der Frühoperation des Genu valgum. — 12) **Totsuka**, Gonorrhoische Gelenkerkrankungen. — 13) **Laqueur**, Mechanotherapie bei Gelenkerkrankungen. — 14) **Lange**, Magnesiumpulver statt Gips bei fixierenden Verbänden. — 15) **Boas**, Kontraindikationen der Bauchmassage bei Krankheiten des Magendarmkanals. — 16) **Kirchberg**, Manuell-mechanische Therapie des Lungenemphysems. — 17) **Vulpius**, Röntgenverfahren in der Orthopädie. — 18) **Erhardt**, Lumbalanästhesie. — 19) **Kraemer**, Die Konjunktivalreaktion bei der Diagnose chirurgischer Tuberkulose. 20) **Davidsohn**, Halsrippe und Unfall. — 21) **Burk**, Bruch des Gelenkfortsatzes des 5. Lendenwirbels. — 22) **Feiss**, Mechanismus der lateralen Kurvatur, 4. Teil. — 23) Derselbe, 5. Teil. — 24) **Cotte**, Skoliose und Tuberkulose. — 25) **Ewald**, Skoliose bei Kinderlähmung. — 26) **Hudler**, Therapie der Bechterewschen Krankheit. — 27) **Bystroid**, Trichterbrust. — 28) **Teske**, Kongenitaler Schulterblatthochstand. — 29) **Ghillini**, Konservative Behandlung der Skapulatumoren. — 30) **Kühne**, Traumatische Lähmung des N. suprascapularis. — 31) **Lippstädt**, Veraltete Schulterluxationen. — 32) **Quadflieg**, Traumatische Luxation des rechten Ulnaris. — 33) **Redard**, Seltene angeborene Missbildung der Vorderarme. — 34) **Trincl**, Traumatische Lähmung der Vorderarmmuskeln. — 35) **De Nobele-Pous**, Luxation des Os lunatum. — 36) **Ewald**, Behandlung von Fingerfrakturen. — 37) **Hepner**, Zum Trendelenburgschen Symptom. — 38) **Roith**, Bedeutung der Adduktoren des Hüftgelenks. — 39) **Leede**, Isolierte Trochanterfraktur. — 40) **Wilson**, Therapie der Schenkelhalsfrakturen. — 41) **Rotter**, Kniescheibenbrüche. — 42) **Moro**, Fraktur des oberen Endes der Tibia. — 43) **Poenaru-Caplescu**, Knochennaht und Gipsverband bei Beinbrüchen. — 44) **Vivier**, Gehverbände bei Unterschenkelbrüchen. — 45) **Batut**, Blutige Frakturenbehandlung. — 46) **Berger**, Plötzlicher Tod bei Unterschenkelbruch. — 47) **Rauenbusch**, Kongenitale Unterschenkelpseudarthrose. — 48) **Haglund**, Calcaneussporn. — 49) **Gaugele**, Beziehungen des Os tibiale und der Frakturen des Os navic. ped. zum Pes valgus. — 50) **Roith**, Luxatio sub talo. — 51) **Abadie**, Arthrodese in der Behandlung des paralytischen Klumpfusses. — 52) **Hirsch**, Metatarsus varus congenitus. — 53) **Lengfellner**, Plattfussstiefel. — 54) **Muskat**, Stauungshyperämie bei fixiertem Plattfuss. — 55) **Ghillini**, Hallux-Myome. — 56) **van Dam**, Hammerzehen.

Aus Kongress- und Vereinsberichten: 57) **Konjetzny**, Multiples Osteidchondrom des Skeletts. — 58) **Minkel**, Exostosis cartilaginea multiplex. — 59) **Le Ronvillois**, Rheumatismus tuberculosus (Poncet). — 60) **Cartier**, Artei-Dystrophie durch den Tuberkelbazillus hervorgerufen. — 61) **Strauss**, Das Marmoreksche Tuberkuloseserum. — 62) **Racoviceanu-Pitesti**, Asepsis bei Operationen. — 63) **Wrede**, Experimentelle Gelenktransplantation an Tieren. — 64) **Lexer**, Operative Behandlung versteifter Gelenke. — 65) **Preiser**, Gonorrhoische Arthritis. — 66) **Wendel**, Arthropathia tabica. — 67) **Guillain-Laroche**, Traumatische Kyphose. — 68) **Plehn**, Duchenne-Aransche Lähmung. — 69) **Schwalbach**, Behandlung der Dupuytrenschen Kontraktur. — 70) **Mattauschek**, Abreissung des langen Daumenstreckers durch forcierte Muskelaktion. — 71) **Heinlein**, Schnellender Finger. — 72) **Hoeftmann**, Sehnennaht. — 73) **Heinsius**, Coxa vara traumatica. — 74) **Tubby**, Coxa valga. — 75) **Fürnrohr**, Kongenitale Lähmung der von den N. cruralis und obturatorius versorgten Muskeln. — 76) **Bum**, Infiltrationstherapie der Ischias. — 77) **Weigel**, Ruptur des Sartorius. — 78) **Lucas-Championnière**, Kniegelenksresektionen. — 79) **Wrede**, Muskelplastik bei alten Kniescheibenbrüchen.

Personalnotiz.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. II. **November 1908.** **Heft 11.**

Zur Klumpfussbehandlung.

Von

Prof. TH. KÖLLIKER
in Leipzig.

Im Folgenden beschreiben wir in aller Kürze die Grundsätze der Klumpfussbehandlung, wie sie sich im Laufe der Zeit in der Leipziger Poliklinik für orthopädische Chirurgie entwickelt haben.

Bei Kindern im ersten Jahre besteht die Behandlung zunächst in Massage, zweimal täglich wiederholtem Redressement und Anlegen meiner Klumpfussschiene*) für je eine Stunde Vor- und Nachmittags. Ist der Klumpfuss gut beweglich geworden, folgt ein Gazeverband mit redressierendem Heftpflasterzug, weiterhin Gipsverbände und als Nachbehandlung ein Schienenhülsen-Apparat.

Bei älteren Kindern wird der Klumpfuss je nach der Schwere des Falles mit oder ohne Narkose in einer oder mehreren Sitzungen manuell, gelegentlich auch unter Zuhilfenahme des Lorenzschen Osteoklastredresseurs redressiert und das erreichte Resultat im Gipsverband festgehalten. Sobald das Kind mit der vollen Sohle ohne wesentliche Adduktionsstellung des Vorfusses auftreten kann, kommt wiederum als Nachbehandlung der Schienenhülsen-Apparat in Anwendung.

Bei Klumpfüssen zweiten und dritten Grades jugendlicher Individuen oder Erwachsener, die dem einfachen Redressement nicht mehr zugänglich sind, werden Sehnen- und Faszienschnitte ausgeführt.

*) Zentralblatt für Chirurgie 1889. No. 15.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

u. a. die subkutane Tenotomie der Achillessehne, die offene Durchschneidung der Sehne des Tibialis posticus und die subkutane oder offene Durchschneidung der Plantarfaszie. Genügen auch diese Eingriffe nicht zum Redressement, dann wird den Sehnenschnitten und dem Faszienschnitt die supramalleolare Osteotomie der Fibula oder die subperiostale Resektion des Malleolus lateralis hinzugefügt.

Nur bei schwerstem Klumpfuss Erwachsener gelingt das Redressement erst vermittelst der Talusexstirpation. Bei Kindern und bei jugendlichen Individuen wird die Talusexstirpation oder ein anderer Eingriff am Knochen mit Ausnahme der Osteotomie der Fibula oder der subperiostealen Resektion des äusseren Knöchels niemals vorgenommen. —

Rumpf. Vorlesungen über soziale Medizin.

Leipzig 1908, Georg Thieme. 6 Mark.

In 18 Kapiteln behandelt Verf. in klarer, selbstredend nicht erschöpfender Weise die für jeden Arzt heute nötigen Kenntnisse aller Beziehungen von Kranken und Aerzten zu Krankenkassen, staatlichen und privaten Versicherungsanstalten, die Kenntnisse ferner der Bestrebungen und Einrichtungen zur öffentlichen Wohlfahrt, die Verpflichtungen gegen den Staat und seine Verwaltungs- und Gerichtseinrichtungen, gegenüber dem Bürgerlichen und Strafgesetzbuch und allen Anforderungen des ärztlichen Standes und seiner Vertretungen.

Es ist ein sehr grosses Gebiet, das in dem vorliegenden ersten Versuch einer Darstellung der sozialen Medizin umgrenzt wird. Was speziell die Unfallversicherung angeht, welche den Orthopäden vielfach beschäftigt, so wird die Lektüre der $1^1/_2$ ihr gewidmeten Druckbogen natürlich nur für eine erste allgemeine Orientierung genügen. Diesem Zweck aber ist die Darstellung hier wie in allen Kapiteln vorzüglich angepasst.

Vulpius-Heidelberg.

1) **E. Jopson.** Ein Kind mit multiplen Deformitäten.

Brit. Med. Journ. 7. Dez. 1907.

Neugeborenes Kind mit doppelter Hasenscharte, Gaumenspalte, teilweisem Defekt des radius und der ulna, Klumphand und Klumpfüssen.

Böhm-Berlin.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2) **Ernst Grossmann.** Kongenitaler Herzfehler, familiäre Polydaktylie und Retinitis pigmentosa.

Wiener med. Wochenschrift. Nr. 18.

Anknüpfend an einen Fall bringt Verf. eingehende Literaturnachweise über die in Frage kommenden multiplen Missbildungen.

Spitzy - Graz.

3) **Bossi** (Genua). L'influenza delle capsule surrenali sull' ossificazione dello scheletro. A proposito di osteomalacia e rachitismo.

Annali di ostetricia e ginecologia 1907, Nr. 12.

Verf. schliesst dahingehend, dass er den Nebennieren eine grosse Rolle in der Aetiologie der Osteomalacie und des Rhachitismus beimisst und die Nebennierenopotherapie bei ihrer Behandlung rühmt.

Buccheri - Palermo.

4) **L. M. Bossi.** Le capsule surrenali e l'osteomalacia.

Il Policlinico. Sez. prat. 1907.

In dem Fall von Osteomalazie, den Verf. mitteilt, soll die Verwendung des Adrenalins einen wahrhaft unerhofften therapeutischen Erfolg gegeben haben. Es handelt sich um eine 38 Jahre alte Frau, die sich stets guter Gesundheit erfreut hatte. Nach einer ersten abortiven Schwangerschaft hatte sie weitere sechs ausgetragene und regelmässige Schwangerschaften. Während der siebten Schwangerschaft jedoch litt sie an Schmerzen beim Gehen und bei Druck auf die Knochen. Während des 3. Monats der achten Schwangerschaft begann sie Schmerzen an dem oberen Teil der Oberschenkel wahrzunehmen, welche sie nicht auseinanderspreizen konnte, ohne Steigerung der Schmerzen hervorzurufen. In kurzer Zeit war sie gezwungen, unbeweglich im Bett zu verharren. Die Beckenknochen, die Schlüsselbeine, die Rippen schwollen an und wurden auf Druck schmerzhaft. Es wurde Diagnose auf Osteomalazie gestellt. Die Kräftigungskur und eine diätetische Behandlung hatten keinerlei Resultat gegeben. Die Kräfte verfielen, und obwohl Patientin stets im Bett blieb, nahmen die Deformitäten des Beckens zu. Nun kam Verf. zu dem Entschluss, bei der Pat. täglich eine hypodermale Einspritzung von $^1/_2$ centigr. Adrenalin vorzunehmen, wozu er sich der Lösung 1:1000 bediente. Am ersten Tag dieser Behandlung bemerkte Pat. eine Verminderung der Schmerzen und in der Nacht geringere Schlaflosigkeit. Am zweiten Tag liessen die Schmerzen noch mehr nach und die Nacht verlief ruhig.

Digitized by 

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Am dritten Tag begann Pat. schmerzlos die Oberschenkel auseinanderzuspreizen und die Nacht schlief sie ruhig. Am vierten Tag war Pat. 3 Stunden im besten Zustand auf. Bei der dritten Einspritzung erklärte die Kranke sich geheilt zu fühlen. In der Tat liess die innere Untersuchung des Beckens erkennen, dass die Knochen nicht mehr schmerzhaft und auf dem Wege zu einer Restitutio ad integrum waren.

Es ist dies der einzige Fall, bei dem Verf. diese Behandlungsmethode versuchen konnte. Der Erfolg war ein so wunderbarer, dass er sich fragt: „Stehen wir vor der Entdeckung des Heilmittels gegen die Osteomalazie und sind wir demnach auf dem richtigen Weg zur Auffindung der Pathogenese der Osteomalazie?"

Buccheri-Palermo.

5) **Oehme.** Ueber die Beziehungen des Knochenmarks zum neugebildeten, kalklosen Knochengewebe bei Rachitis.

Dissert. Leipzig. 1908.

Auf Grund seiner Untersuchungen, die er an 13 Fällen machen durfte und auf die er in der vorliegenden Arbeit näher eingeht, ist Verf. der Ansicht, dass das Knochenmark nicht nur in den einzelnen Fällen und Stadien der Erkrankung, sondern auch in den einzelnen Knochen desselben Skelettes, ja sogar in den verschiedenen Teilen eines und desselben Knochens ein äusserst wechselndes Verhalten, nirgends eine einheitlich durchgreifende Veränderung aufweist. Frühestes und während der Dauer der Krankheit in allen Skelettteilen vorhandenes Zeichen der Rachitis ist das Ausbleiben der Verkalkung im neugebildeten Knochengewebe und im Knorpel der Wachstumszonen. Das Knochenmark zeigt in Fällen der beginnenden Rachitis keine Veränderung oder doch nur eine geringe Abnahme der myeloiden Zellen in der Peripherie der primären und der subchondralen Markräume. Die Osteomyelitis osteoplastica, die bei Fortschreiten der Rachitis in manchen Skelettteilen auftritt, hat zum Ausbleiben der Verkalkung des jungen Knochens keine Beziehung. Sie wird, wie die übermässige, rachitische Knochenproduktion überhaupt, nicht nur durch die Reize hervorgerufen, die Muskel-, Sehnen- und Fascienzug sowie Druckschwankungen an den Knorpelknochengrenzen ausüben, sondern durch die ganze Summe mechanischer, statischer wie dynamischer Einwirkungen, denen das weiche, rachitische Skelett in erhöhtem Maasse ausgesetzt ist.

Blencke-Magdeburg.

Generated on 2019-06-08 18:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

6) **Erwin Micsowicz.** Ueber späte Rachitis (Rachitis tarda).

Wien. klin. Wochenschr. Nr. 27.

Im Anschluss an einen klinisch genau beobachteten Fall bringt Verf. eine eingehende Erörterung der Differentialdiagnose bei Spätrachitis. Für diese Erkrankung sind charakteristisch: 1. Entwicklung der Krankheit nach dem zehnten Lebensjahre mit Ausschluss des Ueberstehens der Krankheit im zweiten oder dritten Lebensjahre. 2. Die Verunstaltung der langen Knochen der Gliedmassen mit deutlicher Auftreibung der Epiphysen dieser Knochen verbunden. 3. Der Einfluss der Behandlung und der günstige Ausgang des Leidens. 4. Endlich das charakteristische Röntgenbild der Stellen, wo die epiphysären und diaphysären Knorpelknochenflächen zusammentreffen. Die Abhandlung bringt sehr reichliche Literaturnachweise.

Spitzy-Graz.

7) **S. A. C. Macewen.** Ein Fall von Achondroplasia.

Brit. Med. Journ. 7. Dez. 1907.

16 jähriges Mädchen mit eingesunkener Nasenwurzel, Prognathie, Verbiegungen der Humeri, radii und ulnae, ebenso der femora und tibiae, Lordose der Wirbelsäule, Verdickungen der Epiphysen, Kombination mit Rhachitis?

Böhm-Berlin.

8) **M. Francini.** Sulle modificazioni morfologiche del sangue circolante in seguito a lesioni di continuo delle ossa.

Clinica chirurgica. 1908, Nr. 1.

Zahlreiche hämatologische Untersuchungen bei Individuen mit Knochenbrüchen oder solchen, welche Operationen an der Kontinuität der Knochen unterworfen wurden, sowie an verschiedenen Versuchstieren berechtigen der Hauptsache nach zu der Behauptung, dass infolge Kontinuitätslösung eines Knochens im zirkulierenden Blut eine Reihe von qualitativen und quantitativen Aenderungen von verschiedener Dauer hervorgerufen werden, die im Zusammenhang stehen mit den Modifikationen, welche das Trauma und der auf dasselbe folgende Verheilungsprozess im Mark des verletzten Knochens und vielleicht auch in dem der übrigen Knochen des Skeletts erzeugen.

Diese Aenderungen betreffen sowohl die roten wie die weissen Blutkörperchen und variieren je nach der Tierart, Intensität und Sitz des Traumas, Alter des Individuums und anderen mehr oder weniger bestimmbaren individuellen Verhältnissen.

Hinsichtlich der roten Blutkörperchen bekommt man im zirkulierenden Blut das Auftreten von mehr oder weniger zahlreichen



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Erythroblasten; dementsprechend kann man an den frisch gefärbten Präparaten eine bedeutende Vermehrung der Erythrocyten mit chromatischem Inhalt beobachten. Sehr geeignet zu diesem Zweck ist die vitale Färbung mit Brillant-Cresyl-Blau.

Die Vermehrung erfolgt besonders in der orthochromatischen Substanz; die metachromatische Substanz vermehrt sich ebenfalls, aber nur in einem stark vorgeschrittenen Stadium des Verlaufs der Fraktur und in bedeutend weniger auffälliger Weise. Dieser Veränderung der morphologischen Eigenschaften der Erythrocyten entspricht eine mehr oder weniger ausgeprägte absolute Hyperglobulie.

Was die Leukocyten angeht, so beobachten wir ein rasches und progressives Ergiessen von unreifen Formen medullären Ursprungs in den Kreislauf, welches sich sowohl durch die Vermehrung der grossen mononucleären Zellen und der Uebergangsformen, als durch das Auftreten körniger Myelocyten im Blute bemerkbar macht. Letztere treten meist sehr spät im Kreislauf auf und zwar besonders bei jungen Individuen.

Unter den Myelocyten überwiegen die orthobasophilen und die neutrophilen (resp. amphophilen beim Kaninchen), es fehlen jedoch auch nicht die eosinophilen und die metachromatischen basophilen Formen.

Die neutrophilen Polynucleären erfahren nach der Fraktur eine sehr bemerkenswerte Vermehrung, so dass sie das Bild einer echten Leukocytose bilden. Diese schwankt bei den verschiedenen Individuen und den verschiedenen Tierarten innerhalb sehr weiter Grenzen und ist von kurzer Dauer.

Die eosinophilen Zellen vermehren sich progressiv während der Entwicklung des Callus und kehren erst sehr spät zur normalen Prozentzahl zurück. Unter diesen und besonders in den eosinophilen Myelocyten ist es leicht, heterochromatische Granulationen zu sehen, denen der Auffassung der meisten Autoren zu Folge die Bedeutung unreifer Granulationen beizumessen ist.

Die Mastzellen sind wenig verändert und erfahren vielleicht in der vorgeschrittenen Phase der Callusentwicklung eine leichte Vermehrung. Nur beim Kaninchen macht sich nach Fraktur eine bedeutende Vermehrung dieser Elemente im zirkulierenden Blut bemerkbar; doch ist den besonderen Eigenschaften der Mastzellen bei diesem Tiere Rechnung zu tragen.

In der ersten Zeit der Fraktur und zwar besonders wenn diese ein fettes Mark in Mitleidenschaft zog, findet sich in zahlreichen Leukocyten die Anwesenheit von endocellulärem Fettgehalt. Diese


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Beobachtung lässt sich sehr gut bei frischen Präparaten mit Sudan III machen und gehört zu dem wohl bekannten Bild der Lipämie der Frakturierten. **Buccheri**-Palermo.

9) **Lucas-Championnière.** Neue Gesichtspunkte über Frakturen.

Brit. Med. Journ. 7. März 1908.

Schlüsse: Das Publikum muss über die Schwierigkeiten aufgeklärt werden, welche das Studium der Frakturen bietet. Es muss wissen, dass Röntgenbilder gedeutet sein wollen. Es muss wissen, dass Einrenkung von Frakturen nicht eine absolute Notwendigkeit, dass absolute Ruhe nicht der Kernpunkt der Frakturenbehandlung ist. Es muss wissen, dass eine Fraktur nicht eine einfache Verletzung, sondern eine Summe von Komplikationen, bestehend in Fragmentverlagerung, Einriss von Sehnen und Muskeln darstellt. Für die Frakturenbehandlung kann es somit keine mathematische Lösung geben.

Wären diese Gesichtspunkte dem Publikum und den Richtern klar, so wäre es nicht zu einer Verurteilung zweier englischer Aerzte, wegen einer angeblich falsch behandelten Schulterfraktur, gekommen. (Verfasser spielt auf einen Fall an, der ihn augenscheinlich zur Abfassung des Artikels inspiriert hat). **Böhm**-Berlin.

10) **Bernardi e Orsolani.** Sugli effetti che la frattura di un osso induce a distanza nel midollo di ossa non traumatizzato.

La clinica moderna 1907.

Verff. haben an Kaninchen, Meerschweinchen und Tauben Untersuchungen über das Verhalten des Markes eines frakturierten Knochens im Vergleich zu den Vorgängen in dem Mark der übrigen gesunden Knochen angestellt.

Bei einfacher Fraktur fanden sie (wenige Tage nach dem Trauma) eine starke Proliferation im Mark des frakturierten Knochens, dagegen im Mark der gesunden Knochen desselben Tieres nur eine spärliche Proliferation der Myelocyten und Erythroblasten.

Bei Splitterbrüchen fanden sie konstante Proliferation nicht nur im Mark des verletzten Knochens, sondern auch in den von dem Frakturenherd entfernten gesunden Knochen. Während dieses Markproliferationsprozesses traten Veränderungen im zirkulierenden Blut ein und namentlich traten in demselben zu dem Knochenmark gehörige Elemente auf.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zur Erklärung dieser Proliferation, welche gleichzeitig im Mark frakturierter Knochen und in dem gesunder Knochen eines mit einer Fraktur behafteten Tieres erfolgt, stellen Verff. die zwei folgenden Hypothesen auf: entweder tritt in dem gesunden Mark eine vikariierende Funktion ein mit der Tendenz, das Fehlen des durch das Trauma zerstörten Markes auszugleichen, oder aber es gehen von dem zerstörten Mark des frakturierten Knochens Stoffe in den Kreislauf über, welche in dem gesunden Mark einen Proliferationsreiz hervorrufen. **Buccheri**-Palermo.

11) **Berger** (Paris). Fractures des membres et accidents du travail (Frakturen und Betriebsunfall).

La méd. des accid. du trav. 1907, Bd. 5, Nr. 9, S. 257.

B. beschreibt einen Fall von mehrfachen Frakturen, die nicht in Folge eines Betriebsunfalles entstanden waren. Es handelte sich um einen rechtsseitigen Oberschenkelbruch, der nicht konsolidiert war, sondern zu einer sehr beweglichen Pseudarthrose geführt hatte. Linkerseits hatte ein Bruch der Kniescheibe stattgefunden, der zunächst mit Versteifung des Gelenks geheilt war, dann aber bei Bewegungsversuchen refrakturierte. Trotzdem hatte der Mann den Gebrauch seiner Beine wiedererlangt und konnte mit Stock gut gehen und seine Arbeit als Schreiner ohne Stütze verrichten. Die Pseudarthrose, deren Bruchenden durch ein kräftiges, aber keineswegs straffes Band vereinigt waren, wurde beim Gebrauch des Beines durch Muskelaktion fixiert, die Patella konnte infolge straffer bindegewebiger Vereinigung ihrer Aufgabe wieder gerecht werden. Das Gelenk war völlig beweglich. Erreicht war dies verhältnismässig vorzügliche Resultat dadurch, dass der Patient durch Not gezwungen war, zu arbeiten. Verf. vergleicht damit die geringe Gebrauchsfähigkeit, wie sie oft bei Verletzten, die von einem Betriebsunfall betroffen werden d. h. die eine Rente zu erwarten haben, auch bei geringfügigern Verletzungen zu konstatieren ist. Auf alle Fälle ist die Anpassung des Mannes an die Folgen der Frakturen bemerkenswert.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

12) **Bardenheuer.** Behandlung der Frakturen u. Luxationen.

Zeitschrift f. ärztliche Fortbildung. 1908. Nr. 9.

B. spricht in der vorliegenden Arbeit über die Behandlung der Frakturen und Luxationen, insbesondere über seine verbesserte Luxationsbehandlung und ihre Vorzüge, auf die ich ja hier wohl nicht näher einzugehen brauche, da wir uns alle wohl schon selbst von diesen überzeugt haben durch die Anwendung dieser Methode in zahlreichen Fällen. **Blencke**-Magdeburg.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

13) **Piovesana.** Di una complicanza infrequente nella cura delle fratture degli arti.

Riv. Veneta di scienze med. 1908, fasc. 2.

Die Komplikation besteht in Schmerz der Extremität im Anfang, Anschwellung und mehr oder weniger erheblicher Abkühlung; Rückkehr der Gewebe nach 8—20 Tagen zum normalen oder fast normalen Aussehen, worauf unmittelbar eine Muskelschrumpfung, eine Kontraktur folgt, welche von verschiedener Stärke und von allgemein progressivem Charakter ist und zuweilen in wenigen Wochen den äussersten Grad erreicht. Die Raschheit des Verlaufs bildet sogar den entscheidenden Charakter zur Unterscheidung des Krankheitsprozesses von anderen paralytischer Natur, welche mit diesem Analogien besitzen können. Am meisten trifft sie von den Muskelgruppen die Beuger des Vorderarmes, die Fuss- und Unterschenkelstrecker, kann aber auch eine isolierte Gruppe ergreifen. Die Sensibilität erhält sich intakt, die elektrische Muskelreaktion ist zuweilen normal, zuweilen herabgesetzt, seltener umgekehrt in ihrer Kontraktionsformel. Ursache dieser Kontraktur ist stets arterielle Ischämie, welche zumeist durch einen zu engen Verband hervorgerufen wird. **Buccheri**-Palermo.

14) **Arnold Wittek** (Graz). Die Behandlung der Unfallverletzungen der oberen Extremität.

Aerztl. Reform-Ztg. Nr. 8.

Verf. erörtert unter Heranziehung ausgewählter Beispiele aus seiner Erfahrung als Arzt der Arbeiter-Unfallversicherungsanstalt für Steiermark und Kärnten die am häufigsten beobachteten Mängel bei der Behandlung frischer Unfallverletzungen. Speziell erörtert er die zweckmässigsten Behandlungsarten bei der Luxation des Oberarmes, bei den Frakturen der oberen Extremität, bei Sehnenverletzungen und bei der Sehnenscheidenphlegmone. Er wendet sich gegen die Gleichgiltigkeit, welche die praktischen Aerzte der Nachbehandlung von Unfallverletzten entgegenbringen. Zum Schlusse streift er das sozialärztliche Gebiet mit der treffenden Bemerkung, dass es ihm unzweckmässig erscheine, schlechte Honorare mit unzureichender Arbeit zu beantworten. **Spitzy**-Graz.

15) **Martini** (Turin). Apparecchi per la cura delle fratture del braccio e del femore.

R. Accademia di medicina di Torino. November 1907.

Redn. legt zwei neue Apparate vor, welche viele Vorzüge besitzen, unter anderem ist 1. der Apparat gleich von den ersten



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tagen der Fraktur an anwendbar; 2. ermöglicht er eine allmähliche Reduktion in mehreren Zeiten, welche durch langsame Extension und Kontraextension und seitlichen Zug bewirkt wird; 3. ermöglicht er eine frühzeitige Immobilisation; 4. lässt er den frakturierten Teil frei; 5. ermöglicht er bei komplizierten Frakturen die Behandlung des Herdes ohne sekundäre Dislozierung der Fragmente: 6. wird die frakturierte Extremität beweglich gemacht, noch bevor die Konsolidierung des Kallus erfolgt ist. **Buccheri**-Palermo.

16) **Tarabini** (Modena). Sindesmolisi poliarticolare: rilassamento poliarticolare generalizzato.

Gazz. degli osped. e delle cliniche. 1908. Nr. 135.

Verf. berichtet über einen Fall von erworbener poliartikulärer Syndesmolyse. Derselbe kam in der Klinik von Prof. Galvagni zur Beobachtung und konnte nicht mit dem lymphastischen, skrofulösen Zustand oder mit der arthritischen Disposition in Verbindung gebracht werden. Er hebt die Bedeutung hervor, die der relative Plattfuss als Zeichen der Insuffizienz des Bänderapparates des Tarsus haben kann. Er teilt sodann den merkwürdigen Blutbefund bei dieser Beobachtung mit, wo die Leukozytenformel der des Kindes nahe kam, obwohl die Pat. 25 Jahre alt war. Die Therapie kann nur darauf ausgehen, den anormalen Allgemeinzustand solcher Kranken zu bekämpfen. **Buccheri**-Palermo.

17) **Hardouin** (Rennes). Le traitement d'urgence des plaies articulaires (Notoperationen bei Gelenkverletzungen).

La méd. des accid. du trav. 1908, Bd. 7, Nr. 5, S. 129.

Der Inhalt deckt sich völlig mit dem von H. in der Presse médicale 1908, Nr. 6, S. 41 erschienenen und im Zentralblatt für Orthopädie Bd. 2, Heft 5, S. 215 referierten Artikel.

Ottendorff-Hamburg-Altona.

18) **Josef Wiener.** Allgemeine chirurgische Gesichtspunkte bei Knochen- und Gelenktuberkulose.

New-York Med. Journ. 4. April 1908.

Wiener steht auf dem Boden der individuellen Behandlungsmethode der Knochen- und Gelenktuberkulose. Er empfiehlt operatives Vorgehen im allgemeinen nur bei Erwachsenen, oder wenn das Röntgenbild einen isolierten Herd aufweist; für die übrigen Fälle gibt das konservative Verfahren d. h. die Biersche Stauung und die Fixation genügende Resultate. **Böhm**-Berlin.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

19) **V. Warren Low.** Moderne Behandlung der chirurgischen Tuberkulose.

Brit. med. Journ. 7. März 1908.

Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen:

1. In allen Fällen muss Freiluftbehandlung angewandt werden.

2. Die Widerstandskräfte des Patienten der Tuberkulose gegenüber müssen periodisch durch geeignete Blutuntersuchung gemessen werden. (In der Arbeit findet sich eine kurze Beschreibung der leider in Deutschland bei der Behandlung der Knochentuberkulose noch so wenig gewürdigten Wrightschen Opsonin-Theorie und der auf ihr sich aufbauenden Vaccine-Therapie).

3. Wo die Widerstandskraft niedrig ist und eine übermässige Autoinokulation sich nicht erkennen lässt, ist die Anwendung von Kochschem Neu-Tuberkulin am Platze, und zwar in Dosen, die mit Bezug auf Menge und Anzahl durch Blutuntersuchung genau kontrolliert werden müssen.

4. Wo eine übermässige Autoinokulation sich zu erkennen gibt, muss absolute Ruhe, und wenn es sich um die untere Extremität handelt, absolute Fixation des erkrankten Teils verordnet werden.

5. Bei Fällen von lokalisierter Tuberkulose muss dafür gesorgt werden, dass der Herd unter vermehrter Blutzirkulation steht.

6. Operative Eingriffe sollen nur den Zweck haben, die nekrotischen Massen, verkästen Drüsen, kariösen Knochen, Ansammlung von Eiter etc. zu entfernen und dadurch der gesunden Lymphe zum Herd Zutritt zu gewähren. Die nötigen Operationen müssen unter peinlicher Asepsis ausgeführt werden. **Böhm**-Berlin.

20) **Hohmeier** (Altona). Die Behandlung chirurgischer Tuberkulose mit dem Antituberkuloseserum von Marmorek.

Münch. med. Wochenschr. 1908, Nr. 15, p. 787.

H. hat auf Veranlassung von König mehrere Fälle von chirurgischer Tuberkulose, darunter 10 Fälle von Knochentuberkulose mit dem Marmorekserum in der üblichen Weise (rektale — seltener subcutane Einverleibung) behandelt, wie er im Gegensatz zu anderen Autoren hervorhebt, mit sehr geringem Erfolg. Nur bei leichten Fällen kann das Serum vielleicht neben einer Freiluft- und diätetischen Kur die Heilung schneller herbeiführen. Auch bekamen die grauen schlaffen Granulationen der Fisteln nach der Seruminjektion ein frischrotes Aussehen, ohne dass sich deswegen jedoch alle Fisteln schlossen. Bei schweren Knochentuberkulosen ist überhaupt kein Erfolg, weder ein sofortiger noch ein späterer zu bemerken gewesen,



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ebensowenig wie das Allgemeinbefinden merkbar gehoben wurde, wie es andere Autoren berichten. **Ewald-Hamburg.**

21) **Kühn.** Ueber Resultate der Operationen spinaler und cerebraler Kinderlähmungen.

Dissert. Leipzig, 1908.

An der Hand von 26 Fällen von Kinderlähmungen, bei denen von Prof. Perthes 20 mal Sehnentransplantationen ausgeführt wurden, 2 mal eine Arthrodesenoperation und 4 mal eine Tenodesenoperation, bespricht K. die mit diesen Operationen gemachten Erfolge. Wenn er auch zugibt, dass die stets guten, unmittelbaren Operationserfolge nicht in allen Fällen Dauerresultate geworden sind, so dass noch manchmal Nachoperationen notwendig wurden, so glaubt er diese in Zukunft vermeiden zu können, wenn man nur den fixierenden Verband möglichst lange Zeit liegen lässt, was leider in der ersten Zeit nicht immer geschehen sei. 2 bis 3 Monate im Gipsverband und dann noch auf weitere 3 Monate in einem Hülsenapparat hält K. für unbedingt notwendig. Verf. kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu der Ansicht, dass kein Arzt heute mehr Bedenken tragen kann, Patienten mit Lähmungsdeformitäten einen Eingriff zu empfehlen, der zur rechten Zeit ausgeführt, bei richtiger Indikationsstellung und richtiger Technik für den Träger des Leidens von unschätzbarem Vorteil, im gegebenen Falle für seine Erwerbsfähigkeit und damit für die ganze Lebensstellung von grösster Bedeutung ist. Die Arbeit erhebt sich übrigens weit über den Rahmen der gewöhnlichen Dissertationen und kann nur aufs angelegentlichste zum Studium empfohlen werden.

Blencke-Magdeburg.

22) **Robert Jones.** Arthrodese und Sehnentransplantation.

Brit. Med. Journ. 28. März 1908.

Mr. Robert Jones, wohl der erste englische, orthopädische Chirurg gibt uns in diesem Artikel die Erfahrungen wieder, welche er an einem grossen Material von Gelähmten zu sammeln Gelegenheit hatte. J. hat in über 500 Fällen die Arthrodese und ausserdem über 260 Sehnentransplantationen ausgeführt. Er kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Mit Bezug auf die Arthrodese:

a) Die Operation darf nicht an Kindern unter 8 Jahren ausgeführt werden.

b) Sie darf nicht eher vorgenommen werden, als bis der Chirurg ganz sicher davon überzeugt ist, dass die Muskeln hoffnungslos gelähmt sind.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

c) Der Arthrodese am Fussgelenk muss die Korrektur der gesamten Deformität mit Hilfe von Redressionsapparaten und Tenotom vorausgehen.

d) Nach vollendeter Operation muss der Fuss in überkorrigierter Stellung stehen; die angefrischten Knochenflächen müssen dicht aneinander liegen. Das wird erreicht durch Ausschnitt von Hautlappen, durch Verkürzung bezw. Verlängerung von Sehnen und durch die Excision von Knochenkeilen.

e) Der Knochenkeil darf nie aus der Tibia entnommen werden, wegen der Gefahr der Verletzung der tibialen Epiphysenlinie.

Apparate müssen appliziert und getragen werden, bis die Vereinigung vollkommen sicher ist und bis die Gewähr vorhanden ist, dass das Fussgelenk das Körpergewicht ohne nachzugeben tragen kann.

2. Mit Bezug auf die Sehnentransplantation müssen folgende Momente streng beachtet werden:

a) die Ueberkorrektur der bestehenden Deformität als einleitendes Verfahren;

b) das Exzidieren von Hautlappen, um einen ununterbrochenen Bestand der Ueberkorrektur zu sichern;

c) der direkte und ungeknickte Verlauf der Sehne;

d) das Unterminieren der Weichteile in einer Ebene;

e) das feste Annähen der Sehne am Periost oder an einen Knochenkanal;

f) die sorgfältige Auswahl, Spannung und Pflege der transplantierten Sehne;

g) das Aufrechterhalten der überkorrigierten Stellung, bis die willkürliche Aktion der Sehne gesichert ist;

h) die Entlastung der überpflanzten Sehne vom Körpergewicht während des Gehens.

Schliesslich ist es mitunter ratsam, alle paralytischen Sehnen zu verkürzen und das Uebergewicht der Antagonisten durch Tenotomie zu verhüten.

Böhm-Berlin.

23) **G. Monzardo.** A proposito del trapianto tendineo come cura delle paralisi.

Riforma medica 1907.

Sechs Fälle von Lähmung der Muskeln des Unterschenkels und daraus sich ergebender anormaler Haltung des Fusses wurden von M. mit befriedigenden Resultaten mit Sehnenüberflanzung behandelt. In einem Fall von Schlotterfuss, in dem er die tendinöse Fixierung nach Vulpius mittelst Verkürzung der drei vorderen



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sehnen des Unterschenkels zur Ausführung brachte, erzielte er nur einen vorübergehenden Erfolg, da nach kurzer Zeit ein Rezidiv eintrat.

Zum Schlusse werden die Vorzüge der Sehnenüberpflanzung hervorgehoben und kurz die Bedingungen dargelegt, welche zur Durchführung dieser Behandlung mit bestem Erfolg notwendig sind.

Buccheri - Palermo.

24) **H. Spitzy** (Graz). Zur Frage der Behandlung von Lähmungen mittels Nervenplastik.

Münch. med. Wochenschr. 1908. Nr. 27, p. 1423.

Noch vor Kurzem wurde jeder operative Eingriff an Nerven perhorresziert. Dann begann man zunächst durchschnittene und verletzte Nerven wieder zusammen zu nähen, in 90 % der Fälle mit Erfolg. Ein weiterer Schritt war die Nervenanastomosierung (Letievaut). Manasse bewies durch Tierexperimente die Möglichkeit, den gelähmten N. facialis vom N. accessorius neu zu innervieren. Jetzt sind schon 57 Fälle von Neubelebung d. N. facialis durch d. N. accessorius oder hypoglossus in der Literatur bekannt. Ebenso ist die funktionelle Heilung bei gelähmten oder abgetrennten Extremitätennerven experimentell bewiesen (Flourens). Dagegen können motorische mit sensiblen Nerven wohl zur anatomischen, aber nicht zur funktionellen Heilung gebracht werden (Langley). Spitzy berichtet über seine Methoden der Nervenplastik und über die damit erreichten Dauerresultate. Er wendet die periphere Implantation oder die zentrale je nach der topographisch-anatomischen Stellung der Lähmung an. Bei der peripheren Pfropfung wird der periphere Teil eines gelähmten Nerven mit einem in der Nähe befindlichen gesunden Nerven verbunden, bei der zentralen wird der gelähmte Nerv an den zentralen Stumpf eines gesunden Nerven geheftet. Am häufigsten hat Sp. die Nervenplastik bei Lähmung des peroneus angewendet. Er teilt 2 Fälle mit (Kind von 23 Monaten und 13 Monaten) in denen er das periphere Ende des gelähmten Peroneus auf den Tibialis implantierte. Der Erfolg war nach einigen Monaten vorzüglich und blieb auch nach 2—3 Jahren so; nur wurde einmal der tibialis ant., einmal der musc. peroneus verkürzt, bekam aber dadurch seine normale Funktionsbreite. In noch 10 anderen Fällen benutzte Sp. den n. tibialis zur Reinnervierung. Dreimal implantierte er mit Erfolg umgekehrt den gelähmten tibialis in einen Schlitz des peroneus. Die Versuche, den gelähmten N. cruralis durch den Obturatorius zu ersetzen, hatten noch kein befriedigendes Resultat.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Für die Lähmungen der oberen Extremität ist die Nervenplastik der Sehnenplastik auf jeden Fall überlegen, und zwar ist eine partielle zentrale Implantation der peripheren vorzuziehen. So hat Sp. bei einem 12jährigen Knaben, bei dem der Nerv. radialis durch Oberarmbruch in der Geburt gelähmt wurde, eine partielle Implantation des Nerv.-medianus mit vollem Erfolg ausgeführt; nach 9 Monaten funktionierten sämtliche Muskeln tadellos. Ebenso bei einem Knaben mit spastischer Parese der linken Hand. — Ganz ausserordentlich wichtig ist die Technik, die möglichste Schonung der Nerven, die genaue Adaptierung der Querschnitte, Schutz vor Narbendruck durch Umhüllung der Nahtstelle mit Hundearterien. Sp. hat in 70% der Fälle Heilungen, resp. Besserungen zu verzeichnen. Die durch Abspaltung gesunder Nerven auftretenden Ausfallserscheinungen verschwinden wieder, selbst wenn die Hälfte des Nerven zur Kraftübertragung verwendet wurde. Auch die Funktion zweier Antagonisten (z. B. medianus und radialis) die mit einander verbunden werden, reguliert sich von selbst.

Ewald-Hamburg.

25) **Fr. Purpura.** Processo di rigenerazione, ripristino funzionale e cura dei nervi periferici.

Gazz. med. ital. 1908, Nr. 7 u. 8.

Die sorgfältigen Untersuchungen, über die wir bereits verfügen, geben uns Gewissheit über das Funktionsvermögen der regenerierten Fasern, belehren uns über die Wichtigkeit der Naht durchtrennter Nerven und bezeichnen uns die Art und Weise, wie dieselbe auszuführen ist.

Für die Behandlung, die vorgenommen wird, wenn die beiden Stümpfe eines durchtrennten Nerven nicht in Kontakt gebracht werden können, fehlt noch das klare Licht der mit den heutigen feinen Methoden geführten Untersuchungen. Dieselben werden feststellen, welches die Behandlungsweisen sind, die mit Grund den Vorzug verdienen.

Für die Einpflanzung und Kreuzung der Nerven werden neue anatomische Untersuchungen und neue Erfahrungen an Kranken eine Besserung in die Technik bringen und zu besseren Resultaten führen. Neue Gebiete werden dem Studium erschlossen. **Buccheri**-Palermo.

26) **Sicuriani** (Siena). Contributo alla ipodermoemfisi ossigenata come terapia della forme neuralgiche e specialmente delle ischialgie.

Gazz. degli osped. e delle cliniche. 1908. Nr. 38.

Sicuriani bringt eine Statistik von 17 Fällen neuralgischer Zustände, bei denen die Sauerstofftherapie nach Bernabei zur



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Anwendung gebracht wurde. Dieselben verteilen sich wie folgt: 16 männliche Individuen im Alter von 25—75 Jahren und eine Frau. Davon litten 13 an Ischialgie, 2 an chronischen multiplen Arthralgien, 1 an Neuralgie des rechtsseitigen Cruralis, 1 an dorsolumbarer Rachialgie. Diese Patienten genasen in einem Zeitraum von 14 Tagen bis zu einem Monat nach 6—10 Applikationen mit je einer Insufflierung von 300 ccm Sauerstoff.

Er schliesst damit, dass er die grossen Vorteile der Sauerstoffhypodermoemphyse sowohl wegen der positiv analgetischen Wirkung als wegen der Leichtigkeit der Anwendung der Methode hervorhebt. Nicht ohne Bedeutung ist auch die ökonomische Seite, da für die Behandlung nur wenige Liter Sauerstoff (höchstens 5—6, im Durchschnitt 3—4) nötig sind. **Buccheri**-Palermo.

27) **E. S. Mawell.** Ein Fall von Myositis ossificans.

Brit. Med. Journ. 7. Dez. 1907.

10jähriger Junge mit zunehmender Ossifikation der Rückenmuskeln. **Böhm**-Berlin.

28) **F. Pineles.** Zur Pathogenese der Heberdenschen Knoten

Wien. klin. Wochenschr. Nr. 25.

Die Heberdenschen Knoten (Arthrosis deformans progressiva v. Noorden) finden sich am häufigsten bei Frauen im normalen Klimakterium und sind auf natürliche oder künstliche Involutionsvorgänge des weiblichen Geschlechtsapparates zurückzuführen. Sie finden sich auch manchmal bei funktionellen Störungen des weiblichen Geschlechtsapparates. Bei Männern kommen sie recht selten vor. Oefter bei alten Leuten, ebenfalls im Zusammenhange mit Involutionsvorgängen des Sexualapparates. Bei jugendlicheren Männern kommen der senilen Involution analoge Funktionsstörungen des Geschlechtsapparates in Betracht. Die Heberdenschen Knoten sind trophische Veränderungen der Knochen und Gelenke der Finger, die in innigsten pathogenetischen Beziehungen zu Funktionsstörungen des Genitalapparates stehen. Verf. glaubt eine gewisse Beziehung zu dem Schwangerschaftsosteophyt der Schädelknochen annehmen zu können. **Spitzy**-Graz.

29) **Pop-Avramescu** (Bukarest). Die regionale Anästhesie durch Rachistovainisierung.

Spitalul. 1908. Nr. 11.

Durch die Einspritzung anästhesierender Flüssigkeiten in den Lumbalkanal wird nicht das Rückenmark, sondern nur die Nerven-



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wurzeln werden anästhetisch. Infolgedessen ist auch die hervorgerufene Unempfindlichkeit eine regionale, den betreffenden Wurzeln entsprechend. Je nach der Gegend, die unempfindlich gemacht werden soll, muss auch die Einspritzungsstelle eine andere sein. So bewirkt die Einspritzung zwischen 4. und 5. Lumbalwirbel die Anästhesierung des äusseren Genitales, des Perinaeums und des Anus, zwischen 1. und 2. Lumbalwirbel der Inguinalgegenden und der unteren Extremitäten. Dem 9. und 10. Dorsalwirbel entspricht die subumbilikale Bauchgegend, dem 6. und 7. die supraumbilikale und 1. und 2. Dorsalwirbel die Brustgegend. Höher hinauf hin sollen keine Einspritzungen vorgenommen werden, da eine Lähmung des Phrenicus und Erstickung des Kranken bewirkt werden kann. E. Toff - Braila.

30) **James Fränkel** (Berlin). Die Technik der Gehgipsverbände.
Münch. med. Woch. 1908. Nr. 33, p. 1741.

F. will die Entlastung mittels Thomasschiene nicht nur bei Gelenktuberkulose angewendet wissen, sondern auch bei Malleolar- und Unterschenkelfrakturen. So ist den Patienten sofortiges schmerzloses Gehen ermöglicht. Bei Knöchelbrüchen ohne Dislokation wird an der Bierschen Klinik neuerdings Fuss und Fussgelenk nicht mehr in den Verband hineingenommen, sondern durch Gummizüge fixiert, so dass Versteifungen und Plattfuss nicht zustande kommen können. Vorbedingung ist Beherrschen der Gipstechnik, gutes Polstern der Tibia- und Fibulavorsprünge, guter Gips. Dann kann man Gehgipsverbände auch bei fixiertem Plattfuss und nach Unterschenkel-Operationen (Sehnenplastik) anwenden. Der Stiefel des gesunden Fusses wird durch eine untergeschnallte Korksandale erhöht. — Um nun den Gehgipsverband abnehmbar zu machen (zwecks Reinigung, Anlegen der Staubinde usw.), hat F. den einen Schenkel des Gehbügels mit einem Haspenscharnier versehen, das ein Aufklappen der Schienenhülse gestattet. Das Gelenk kommt an die Aussenseite zu liegen; die Hülse wird vorn und hinten mit einer Schnürvorrichtung versehen. Die Exaktheit, die Billigkeit und Einfachheit der Herstellung zeichnet den Gipsverband F.'s vor Hessingapparaten aus. Ewald-Hamburg.

31) **G. Elliot Smith.** Die ältesten Schienen.
Brit. Med. Journ. 28. März 1908.

Verf. beschreibt und illustriert Schienen, die gelegentlich einer Expedition bei zirka 5000 Jahre alten Mumien gefunden wurden. Die Frakturen-Behandlung bei den alten Egyptern, die sich teilweise auch jetzt noch in Egypten erhalten hat, bestand in der Um-


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wickelung von mehreren Holz- bezw. Baumrindestücken um das gebrochene Glied. **Böhm** - Berlin.

32) **R. Fodor.** Zur Ausübung der Massage.

Wiener med. Wochenschrift. Nr. 19.

Fodor ermahnt zu gewissenhafter Diagnosenstellung vor Beginn einer Massagebehandlung, insbesondere, wenn sie durch Laienmasseure vorgenommen werden soll, verweist auf eine Anzahl häufig vorkommender Fehler und schliesst mit dem Satze, dass die Verwendung von Laien zu medizinischen Massagen wesentlich einzuschränken sei. **Spitzy** - Graz.

33) **Paul de Champlassin.** Les mouvements actifs avec résistances progressives.

Gazette des hôpitaux. 1908. Nr. 77, p. 918.

de Ch. wendet zur Behandlung des Hämarthros und der Muskelatrophien einen einfachen Apparat an, den er genau beschreibt. Es handelt sich in der Hauptsache um eine Rolle, über die eine Schnur läuft, an deren einem Ende sich das beliebig zu steigernde Gewicht befindet, während das andere Ende einen Handgriff resp. Steigbügel trägt. Die Polemik, die de Ch. mit einem Kollegen bezügl. der Priorität führt, können wir um so eher übergehen, als wohl jeder Orthopäde schon Gelegenheit hatte, diesen »Apparat« selbst zu improvisieren. **Ewald** - Hamburg.

34) **Lucien Lofton.** Verrenkung des Halses mit Genesung.

New-York Med. Journ. 18. April 1908.

Verf. beschreibt einen erfolgreich eingerenkten Fall von Luxation des Atlas gegen den Epistropheus. Durch die Einrenkung wurden auch die in weiter Ausdehnung bestehenden Lähmungserscheinungen behoben. **Böhm** - Berlin.

35) **A. Wittek** (Graz). Ein Fall von Distensionsluxation im Atlanto-epistrophealgelenke.

Münch. med. Woch. 1908. Nr. 35. p. 1836.

Bei einem 11 jährigen Knaben bildeten sich im Anschluss an eine eitrige Kiefer-Periostitis (Zahnkaries!) eine Schiefstellung und teilweise Unbeweglichkeit des Kopfes sowie Schmerzen im Nacken heraus. Das Röntgenbild ergab eine Luxation des Atlas nach vorn, nach W.'s Ansicht nach einem metastatischen Erguss in die Gelenke zwischen erstem und zweitem Halswirbel, insbesondere in das Gelenk zwischen



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zahnfortsatz und vorderem Atlasring. Therapie: Kravatte in korrigierter Stellung. Erfolg: Verschwinden der Schmerzen, später Wiedereintreten der Beweglichkeit und Gradehalten des Kopfes. Nach einem späteren Röntgenbild ist aber die Verschiebung des Atlas gegen den Epistropheus geblieben. **Ewald**-Hamburg.

36) **Bienfait.** Ueber Tortikollis.

Allgem. Wien. med. Ztg. Nr. 14.

Zwei Fälle von Tortikollis, von denen der eine bemerkenswert ist, weil es sich um eine klonische Tortikollis bei einer 40jährigen Patientin handelt, verwandt mit der spastischen Gesichtsneuralgie. Ueber die individuelle konservative, vorzugsweise elektrische Behandlung möge eventuell im Original nachgelesen werden.

Spitzy-Graz.

37) **Henschen.** Ueber Schiefhalsbildungen und Wirbelsäuleverkrümmungen bei dyspnoëtischen Strumen.

Arch. für klin. Chir. Bd. 83, Heft 3, S. 860.

Wenn durch den Druck einer Struma auf die Trachea Atmungsbeschwerden auftreten, so sucht der Kranke instinktiv durch eine geeignete Kopfhaltung einmal die Druckwirkung der überlagernden Muskeln auszuschalten, andererseits aber auch durch eine entsprechende Verbiegung der Wirbelsäule auch ein Ausweichen der Trachea herbeizuführen. So bildet sich z. B. bei Frontalabflachung der Trachea durch mediane, bilaterale, retrosternale Strumen eine Autoflexion des Kopfes, bei suprasternalen Medianstrumen eine Deflexionsstellung des Kopfes, eine Cervicallordose oder bei unilateralen Kompressionsstrumen eine Cervicalskoliose aus. Bei erwachsenen Individuen wird sich diese Haltungsanomalie, nachdem durch Operation das schädigende Moment entfernt ist, ausgleichen. Dagegen wird sich in der Wachstumsperiode sowohl die Muskulatur als auch die Knochenstruktur den durch die Struma gegebenen veränderten Verhältnissen anpassen und dann zu einem dauernden Zustand führen. Begünstigt wird die Bildung des Schiefhalses bei angeborenen, einseitigen Strumen, die früh Atemstörungen auslösen durch primäre Schwächezustände des Knochens (Rachitis) und durch Störung der gesamten Körperkonstitution (Kretinismus, schwere Anämie).

Meyer-Heidelberg.

38) **A. Peters** (Rostock). Ueber Gesichts- und Schädelasymmetrien und ihr Verhältnis zum Caput obstipum.

Münch med. Wochenschr. 1908. Nr. 34, p. 178.

P. bringt zwei Beispiele von erblicher Asymmetrie des Schädels



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und Gesichts (sog. Schädelskoliose). In der einen Familie ist bei der Mutter und ihren Schwestern ein Tiefstand der rechten Orbita und eine Abflachung der entsprechenden Gesichtshälfte zu konstatieren. Dieselbe Anomalie findet sich bei 5 Töchtern (unter 7 Kindern); eine Tochter hat ausserdem ein hochgradiges Caput obstipum. — In der zweiten Familie, deren Ahnentafel beigefügt ist, konnte die Schädelskoliose in vier Generationen beobachtet werden. Als Ursache wird fehlerhafte Anlage des Keimplasmas angenommen, da Uterusdruck (Hoffa) in diesen vererbten Fällen kaum immer in Frage kommen könne. Das Caput obstipum scheint nach P. nicht immer Ursache der Gesichts- und Schädelasymmetrie zu sein. **Ewald**-Hamburg.

39) **René Hayes.** Enquête sur le traitement actuel de la gibbosité du mal de Pott.

Thèse de Paris, 1908.

Der Verfasser hat namentlich durch Studium der Literatur und durch Umfrage bei verschiedenen Chirurgen die Behandlung der Pottschen Krankheit einer näheren Kritik unterworfen und ist zu folgenden Resultaten gelangt. Die von Calot empfohlene und geübte gewaltsame Redressierung der Gibbosität hat den Erwartungen keineswegs entsprochen und ist auf dem Wege vollständig verlassen zu werden. Wenn auch in manchen Fällen eine rasche Besserung erzielt wird, so sind doch die späteren Resultate der Behandlung, namentlich die langjährige Anwendung des Liegebettes, keineswegs ermunternde. Hingegen ist die langsame Redressierung viel eher im Stande gute Resultate zu ergeben, doch ist die Prognose von der Möglichkeit, den Grundprozess in günstiger Weise zu beeinflussen, abhängig. In dieser Beziehung müssen noch die Resultate der Laboratoriumsarbeiten, die vielleicht ein spezifisches Mittel zur Heilung der tuberkulösen Herde ergeben könnten, abgewartet werden.

E. Toff-Braila.

40) **G. Preiser** (Hamburg). Zur Frage der Aetiologie der Spondylitis cervicalis deformans.

Münch. med. Wochenschr. 1908. Nr. 27, p. 1433.

Nach neueren Untersuchungen kann man die Wirbelsäulen-Versteifungen in 2 Gruppen teilen:

1. die ankylosierende Arthritis der Wirbelsäule;
2. die deformierende Spondylitis.

Bei der ersten werden namentlich die Gelenke der Querfortsätze und der Rippen ergriffen; die Gelenkknorpel gehen zu Grunde; jedoch


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bleibt die Form der Wirbelkörper erhalten. Letztere ändert sich bei der Spondylitis deformans (primäre Erkrankung der Zwischenwirbelscheiben!), die meist in der Lenden- und Brustwirbelsäule beginnt.

In dem von Pr. mitgeteilten Fall handelt es sich um einen 54 jährigen Mann, der vor 30 Jahren Lues durchgemacht hat und seit 3 Jahren an linksseitigen Nackenschmerzen leidet. Da bei einzelnen Bewegungen des Kopfes Krepitation nachzuweisen war, wurde die Halswirbelsäule geröntgent, wobei sich eine Deformierung des 4. bis 6. Halswirbels ergab (also Spondylitis cervicalis). Das in sagittaler Richtung aufgenommene Bild zeigte aber in der Gegend des 4. bis 6. Halswirbels eine den linksseitigen Querfortsätzen anliegende Knochenspange.

Als Ursache der Deformierung und Spangenbildung nimmt Pr. den chronischen Insult dieser Wirbelteile durch eifriges Geigenspiel (wobei der Kopf nach links vorn geneigt wird) an. Eine Verwechselung der Knochenerkrankung mit reinem Muskelrheumatismus liegt nahe.

Ewald - Hamburg.

41) **L. Gauthier.** La mort subite dans le mal de Pott.

Journal de méd. et de chir. prat. Ref. in la Pathol. infant. 1908. Nr. 6, p. 142.

G. berichtet über die verschiedenen Möglichkeiten des plötzlichen Todes bei Spondylitis. In einem Fall ergab die Sektion einen Bruch des kariösen Zahnfortsatzes des Epistropheus und Kompression des Bulbus. Die häufigste Ursache ist die Asphyxie, bedingt durch Druck auf das Rückenmark oder durch eine Hämorrhagie bei Ruptur eines grossen Gefässes oder durch Durchbruch eines Abszesses in Vene oder Arterie.

Ewald-Hamburg.

42) **Fernand Lagrange.** La scoliose des écoliers.

Archives de méd. des enf., Juillet 1908.

Kyphotische und skoliotische Verbiegungen der Wirbelsäule sind bei Schulkindern eine ausserordentlich häufige Erscheinung, und haben genaue und eine grosse Anzahl von Schulkindern betreffende Messungen gezeigt, dass etwa bei einem Viertel derselben derartige Difformitäten der Wirbelsäule zu finden sind. Auf Grund seiner Untersuchungen ist der Verfasser zur Ueberzeugung gelangt, dass nicht die schlechte Haltung der Schüler den Grund zur Ausbildung dieser Verkrümmungen der Wirbelsäule abgibt, sondern die Uebermüdung der Muskeln, die unabweislich bei längere Zeit dauernder aufrechter Haltung auftritt. Geradeso wie bei lange andauernder aufrechter Stellung Beugungen des Rumpfes nach der einen oder anderen Seite zu be-



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

obachten sind, indem bald das rechte, bald das linke Bein entlastet wird, geradeso auch bei lange andauerndem Sitzen werden die Muskeln beider Seiten abwechselnd relaxiert, und auf diese Weise kommen Verbiegungen seitlich zustande. Bei nach vorne übergebeugtem Sitzen entwickeln sich kyphotische Verbiegungen, die ebenfalls auf Uebermüdung und zeitweiligem Nachlassen gewisser Muskelgruppen beruhen.

Haben derartige Verbiegungen eine gewisse Zeit angehalten, so kommt es nach und nach zu Difformitäten der Wirbel, Kontrakturen von Bändern, und auf diese Weise wird die anfangs leicht zu behebende Difformität zu einer permanenten.

Die Behandlung muss daher frühzeitig einsetzen und hat die Hauptaufgabe, einerseits die Uebermüdung der Rückenmuskeln zu beseitigen, was durch ruhige Rückenlage erzielt wird, und andererseits muss gegen die gewohnheitsmässig angenommene schlechte Haltung angekämpft werden, was durch methodische gymnastische Uebungen zu erzielen ist. Dieselben sollen mehr das Ziel verfolgen die geschwächten Muskelgruppen wieder zu stärken und denselben die normalen Bewegungen wieder beizubringen, als eine grosse Kraftentfaltung zu bewirken.

E. Toff-Braila.

43) **Wahl** (München). Was dürfen wir von der heutigen Skoliosenbehandlung erwarten?

Münch. med. Wochenschr. 1908. Nr. 28, p. 1493.

W. hat in den letzten 5 Jahren 321 Skoliosen behandelt, mehr fixierte als unfixierte. Die Behandlungsresultate bei den nicht fixierten Skoliosen sind durchgehends sehr erfreuliche; die Behandlungsdauer schwankt zwischen 3 Monaten und 2 Jahren und muss — es handelt sich meist um die »lokalisierte« Gymnastik — intensiv, auch zu Hause betrieben werden, wozu dem Patienten einfache Turngeräte gegeben werden sollen. Lagerungsapparate wendet W. bei der beweglichen Skoliose nur selten an. Anders bei der fixierten Skoliose, die W. nicht mehr mit forziertem Redressement und nachfolgendem Gipsverband behandelt. Er baut an Stelle dessen ein Reklinationsbett, mit dem er ähnliche redressierende Wirkungen ausübt, wie mit dem Gipsverband. (Beschreibung soll in der Zeitschr. f. orth. Chir. gegeben werden!) Neben dem Reklinationsbett, das Nachts angelegt wird, kommen die Heilverfahren wie bei der beweglichen Skoliose zur Verwendung, ausserdem ein leichtes Stoffkorsett mit Verstärkungsschienen, von dem W. allerdings keine sehr grosse Wirkung verspricht.

Ewald-Hamburg.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

44) **Kirmisson** (Paris). Malformation curieuse du membre supérieur gauche.

Revue d'orthop. 1908. Nr. 2, p. 139.

Der 30 jährige Kranke hat einen stark verkürzten linken Arm (48 cm gegen 76 cm). Wie die Untersuchung und das Röntgenbild ergeben, fehlen das Ellenbogengelenk, die Ulna teilweise, und weiter die zwei mittleren Finger vollständig. Der Humerus teilt sich ohne Gelenk in 2 Knochen, von denen nur der Radius völlig ausgebildet ist. Es besteht ein leichter Grad von Klumphand. Der Mann ist äusserst geschickt und kann die Arbeit eines Kochs gut versehen.

Ewald-Hamburg.

45) **R. P. Rowlands.** Bemerkungen zur Exzision des corpus scapulae.

Brit. Med. Journ. 28. März 1908.

1. Für geeignete Fälle ist die Resektion des corpus scapulae mit Erhaltung der Fortsätze und der Schulterpfanne eine viel bessere Operation als die Resektion des ganzen Knochens; denn für die obere Extremität ist das funktionelle und kosmetische Resultat ein viel besseres.

2. Die Operation eignet sich besonders für gutartige Geschwülste, welche günstigerweise die Fortsätze und das Schultergelenk frei lassen.

3. Jedoch auch für einige kleine und langsam wachsende bösartige Geschwülste ist die partielle Resektion vorzuziehen, da die unmittelbare Todesgefahr nicht erheblicher wird und auch die Gefahr des allgemeinen und lokalen Rezidivs nicht wächst.

4. Gelegentlich eignet sich die Operation auch für einige entzündliche Prozesse des Schulterblatts, wenn das Schultergelenk nicht affiziert ist.

5. Es ist zweckmässig, die drei Hauptgefässe der Skapula so früh wie möglich während der Operation zu unterbinden, was leicht durch einen hinteren T-förmigen Schnitt erreicht werden kann. Der Erfolg der Operation hängt in der Hauptsache ab von sorgfältiger Asepsis, exaktem Vernähen der durchtrennten Muskeln und dem frühen Beginn von systematischen aktiven und passiven Bewegungen für die Schulter.

Böhm-Berlin.

46) **Todaro** (Florenz). Lussazione abituale della spalla.

Firenze 1908.

Verf. kommt in der vorliegenden Monographie zu dem Schlusse, dass die habituelle Luxation des Schultergelenkes von vielfachen Ursachen



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

abhängig ist, und dass die einzig echte prophylaktische Behandlung der Luxationen in der rationellen Behandlung des primären Unfalls besteht.

Als symptomatische Behandlung genügt es nach der Weise von Malgaigne, den Ellenbogen an dem Aermel mit einer Sicherheitsnadel zu befestigen. Alle Apparate sind unzureichend. Die kurative Behandlung muss eine blutige sein. **Buccheri**-Palermo.

47) **Schlesinger.** Ueber periartikuläre Erkrankungen der Schultergegend (Periarthritis scapulo-humeralis).

Berl. klin. Wochenschr. 1908, Nr. 5, S. 249.

Entstehung einer Bursitis subacromialis im Anschluss an einen Fall auf den ausgestreckten Arm, ohne jegliche Beteiligung des Gelenks, verbunden mit heftigen Schmerzen im N. circumflexus humeri. Das Krankheitsbild zeigt Aehnlichkeit mit dem von Duplay aufgestellten Begriff einer Periarthritis scapulo-humeralis. Jedoch ist der Symptomenkomplex noch nicht so scharf fixiert und die Ansichten der verschiedenen Autoren (Colley, Duplay, Desplats) sind noch stark von einander verschieden, sodass von einer einheitlichen Auffassung dieser Erkrankung nicht gesprochen werden kann.

Meyer-Heidelberg.

48) **Weber** (Dortmund). Ueber subkutane totale Zerreissung des Plexus brachialis ohne Verletzung der Knochen.

Münch. med. Wochenschr. 1908, Nr. 21, p. 1133.

Der 39jährige, gesunde Beamte wurde aus dem Automobil geschleudert und erlitt einen Bruch im Ellenbogengelenk und am Unterarm. Nach Abnahme des Verbandes fanden sich Hand, Unterarm und Oberarm total gelähmt. Schmerzen in der gelähmten Hand. Sensibilität im Arm erloschen. Totale Paralyse des linken Arms, sowie der Schultermuskeln. Sämtliche Knochen in der Umgebung des Plexus unverändert. Die Operation ergab, dass bei völlig intakten Knochen die supra- und infraclavikuläre Portion des Plexus an dem oberen Rand des Schlüsselbeins total durchtrennt war. Beide Stümpfe lagen in Narbenmasse und waren seitlich gegeneinander verschoben. Die Nerven wurden aus der Narbenmasse herauspräpariert, reseziert und unter Seitwärtsbeugung des Kopfes und Abduktion des Armes miteinander vernäht. Prognose ist recht zweifelhaft, doch war 10 Monate nach der Operation die Sensibilitätsstörung schon sehr erheblich zurückgegangen; ausserdem war der Biceps bereits schwach innervierbar. **Ewald**-Hamburg.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

49) **R. Rafilsohn.** Aetiologie, Prognose und Therapie der Erbschen Lähmung.

Dissert. Freiburg. 1908.

Die Verf. berichtet über drei Fälle von Erbscher Lähmung, die sie zu beobachten Gelegenheit hatte. In dem ersten liess sich eine Aetiologie nachträglich nicht mehr feststellen; wenn die Zange Schuld war, so müsste der hintere rechte Löffel auf der hinten liegenden Halsseite gedrückt haben oder die Verletzung wäre durch Ueberdrehung des hinteren Plexus brachialis entstanden. Im zweiten Fall scheint der Druck einer schlecht angelegten Geburtszange für die Erklärung der Lähmung nicht unwahrscheinlich zu sein, und im dritten Fall war die Lähmung entstanden durch Zug am Kopf und durch Ueberdrehung der Plexusfasern an der linken Halsseite. In den beiden ersten Fällen, in denen aller Wahrscheinlichkeit nach keine schwere Zerreissung der Nerven vorlag, trat Heilung in relativ kurzer Zeit ein, in dem dritten war bei der Entlassung aus der Klinik noch keine Besserung eingetreten; jedenfalls handelte es sich hier um eine totale oder partielle Zerreissung der Nervenstämme. **Blencke**-Magdeburg.

50) **Paglieri** (Mailand). Di un raro caso di tendinite e peritendinite di origine nettamente reumatica in un tendine (quello del bicipite) privo di guaina sinoviale.
(Echt rheumatische Tendinitis und Peritendinitis an der scheidenlosen Bizepssehne.)

Gazz. degli osped. e delle cliniche. 1908. Nr. 32.

Beschreibung eines in seiner Aetiologie und Entwicklung klaren Falles, der von Wichtigkeit ist durch die Seltenheit des befallenen Gebietes. **Buccheri**-Palermo.

51) **Reismann** (Haspe). Hochgradige Narben-Kontraktur sämtlicher Finger der rechten Hand in Beugestellung.

Münch. med. Wochenschr. 1908, Nr. 28, p. 1496.

Nach einer schweren Verbrennung der rechten Hohlhand, die mit Salbenverbänden behandelt war, ohne dass auf die Stellung der Finger Rücksicht genommen wurde, bildete sich eine hochgradige Beugekontraktur sämtlicher Finger heraus. In Narkose wurden die Finger wieder in Streckstellung gebracht, indem tiefe quer laufende Einschnitte in Finger und Hand gemacht wurden. Darauf Bandagierung in Streckstellung. Nach zweimaligem Rezidiv der Beugekontraktur wurden die Narben von neuem gespalten und die Wundflächen dann mit Thierschschen Lappen gedeckt. Nach zwei Jahren ein sehr befriedigendes



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:19 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Resultat: Sämtliche Finger können fast völlig gestreckt und bis zur Faustbildung gebeugt werden. **Ewald**-Hamburg.

52) **Harold Burrows.** Punch fractures (Stossfrakturen).

Brit. Med. Journ. 28. März 1908.

Kasuistik von Metakarpalfrakturen, die durch Stoss, Faustschlag, Boxen etc. entstanden waren. **Böhm**-Berlin.

53) **Gianasso** (Turin). Su un caso di morbo di Dupuytren.

La Riforma medica. A. XXIV, Nr. 15.

Klinischer Fall, bei welchem die Krankheit im Gegensatz zu der grossen Mehrzahl der Fälle in jugendlichem Alter begann und zwar ohne dass irgend ein Trauma als ätiologisches Moment angeführt werden konnte.

Am wahrscheinlichsten ist die Wirkung des Rheumatismus, von dem man dauernde Spuren im Endokard besitzt. Es besteht gleichzeitig Pottsche Krankheit. Die Heilung wurde durch einfach medikamentöse Behandlung erzielt. **Buccheri**-Palermo.

54) **J. Robinsohn.** Ueber eine ischialgiforme Affektion als regelmässiges Syndrom der als Beckenflecke bezeichneten Konkremente.

Allgem. Wien. med. Ztg., Nr. 25.

Die Ursache für das Entstehen der sogenannten Beckenflecke im Röntgenbilde des Beckens sind die verkalkten Endprodukte einer degenerativen Erkrankung der typischen Schleimbeutel des Beckens. Diese Konkremente sind kugelig bis walzenförmig, oder unregelmässig gestaltet und wolkig. Sie finden sich an vier bestimmten Stellen des Röntgenbildes. Atypische Beckenflecken können durch die Spalten verkalkter Drüsen oder dergl. entstehen. Ein Analogon ist der sogenannte Schulterfleck entsprechend der Bursa subdeltoidea. Anatomische Untersuchungen liegen nur für die Schulterflecke vor. Häufig zugleich mit Beckenflecken vorkommende ischialgiforme Schmerzen können mit den Verkalkungen der Schleimbeutel in ätiologischen Zusammenhang gebracht werden. **Spitzy**-Graz.

55) **E. Auffret** (Paris). Le signe de Trendelenburg dans la luxation congénitale de la hanche.

Rev. d'orthop. 1908. Nr. 2, p. 145.

Historische Skizze über die verschiedenen Anschauungen inbetreff des Zustandekommens des Hinkens bei der angeborenen Hüftverrenkung.



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Während die älteren das Hinken nur auf die Stellungsveränderung des Kopfes zur Pfanne zurückführen wollten, wiesen Lorenz und Trendelenburg auf die wichtige Lage und Wirkungsveränderungen hin, denen die Muskeln durch die Luxation unterworfen sind, (partielle oder totale Wirkungslosigkeit des glutaeus med. und minimus). Die Mitteilungen, die inhaltlich nur die Befunde und Untersuchungen von Lorenz und Trendelenburg wiedergeben, dürften jedem Orthopäden bekannt sein.

Ewald-Hamburg.

56) **A. Codivilla.** Ueber die Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung.

Allgem. Wiener med. Ztg., Nr. 14.

Die Annahme, dass es sich bei der Entstehung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung um einen Bildungsfehler handelt, hat ihre Bedeutung verloren gegenüber den rein mechanischen Theorien. Zwei Gründe machen eine frühzeitige Behandlung nötig: 1. die geringeren Deformationen der Gelenkbestandteile, 2. die grössere Leichtigkeit der Korrektur dieser Deformität durch die von den natürlichen Kräften gebotene Hilfe. Die allein als Methode zu billigende unblutige Einrenkung gibt die besten Resultate vor dem vollendeten zweiten Jahre, nach dem vierten nimmt die Aussicht auf Gelingen der Operation bedeutend ab. Im Gegensatze zu Lorenz lässt C. mit der operierten Extremität wenig gehen. Die Zeit, während welcher Verbände getragen werden, ist bei älteren Kindern kürzer zu bemessen, weil bei diesen das Gelenk leicht steif werden kann. Bezüglich der Lage des Beines im ersten Gipsverbande soll man individualisieren. Als Einrenkungsmethode bedient sich C. der von Pací angegebenen. Traktionen werden vermieden. Er ist ein entschiedener Gegner der Myorrhexis an den Adduktoren als einer übertriebenen Vorsichtsmassregel. Zur Anlegung des Gipsverbandes bedient sich C. eines besonderen Apparates. Der erste Verband wird nach 10—12 Tagen entfernt, weil die eingeschlossenen Weichteile Veränderungen erleiden. Dabei wird eine neue Röntgenaufnahme gemacht und nötigenfalls die Stellung korrigiert. Das Hauptgewicht wird auf vollständige Immobilisierung gelegt. Als Hilfsmittel zum Gehen wird ein eigener Stock eingegipst und das Bein selbst vollständig entlastet. Der zweite Verband bleibt drei bis vier Monate. Danach werden die Kinder etwas kürzere Zeit hindurch im Bette gehalten, die Extremität durch Gewichte gedehnt und ausserdem massiert. Die ersten Gehversuche ohne Verband werden gemacht, sobald das Bein genügend kräftig geworden ist. C. hat unter


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

450 Fällen 85 % Heilungen, 15 % Besserungen. Referent hatte selbst Gelegenheit die Zweckmässigkeit und die Erfolge dieser Behandlungsart beobachten zu können.

Spitzy-Graz.

57) **Russell A. Hibbs.** Eine originelle Methode der Einrenkung bei kongenitaler Hüftgelenksluxation.

New-York Med. Journ. 25. April 1908.

H. benutzt zur Einrenkung der kongenitalen Hüftluxation einen Beckenfixator, bestehend aus Riemen, die, über Rollen laufend, eine absolute Feststellung des Beckens erlauben, zweitens eine Trochanterpelotte, die, an der Tischplatte angebracht, von unten her einen durch eine Schraubvorrichtung dosierbaren, direkten Druck gegen Schenkelhals und -kopf während der Reposition ausübt.

Die letztere besteht in folgenden Manövern:

Beugung des Oberschenkels in der Hüfte; Zug am gebeugten und adduzierten Oberschenkel. Unter Einwirkung der den Kopf nach oben und vorwärts drückenden Trochanterpelotte Extension und Abduktion des Oberschenkels.

Die Fixation im Gipsverband erfolgt in Abduktion und Flexion, wobei der Grad dieser Stellung vom Alter des Patienten abhängig gemacht wird „und um so grösser ist, je kürzer das Bein ist.“ Der Verband wird alle zwei Wochen erneuert, wobei die Stellung des Oberschenkels allmählich zur Norm gebracht wird. Die Fixationsperiode beträgt im ganzen 2—3 Monate. Diese originelle Methode, welche nach dem Verfasser gegenüber der „Lorenzschen Methode“ den grossen Vorteil hat, dass sie die Muskeln und Gewebe um die Hüfte herum absolut schont, hat bei 14 eingerenkten Hüften, wie ca. einjährige Beobachtung lehrte, folgende Resultate ergeben: Ein Fall zeigte ein Recidiv; ein weiterer Fall starb im Verband an Empyem, die übrigen 12 Hüften gaben vollkommene Resultate.

Böhm-Berlin.

58) **Chaput.** Luxation congénitale de la hanche chez un homme de 54 ans.

Rev. d'orthop. 1908. Nr. 2, p. 161.

Der Mann, bei dem nie ein Einrenkungsversuch unternommen wurde, hat, wie das Röntgenbild zeigt, über dem verödeten, flachen, alten Gelenk eine sehr gut ausgebildete Nearthrose in der fossa iliaca bekommen, die ihn zu einem sehr guten, beschwerdefreien Gang befähigte.

Ewald-Hamburg.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

59) **P. Grisel** (Paris). Luxation paralytique de la hanche.

Revue d'orthop. 1908. Nr. 2, p. 121.

Bei dem 7 jährigen Kinde lag eine teilweise Lähmung des linken Beines vor. Namentlich waren die Unterschenkelmuskeln ergriffen, so dass ein starker Spitzfuss bestand. Das Bein stand in Aussenrotation, die Verkürzung betrug 4 cm. Der Femurkopf steht vorn unter der Spina, der Trochanter ist hinten im Gesäss zu fühlen. Die Kapsel scheint ausserordentlich weit. Die Röntgenbilder zeigen normale Ausbildung der Pfanne und des Kopfes. — Die Luxation kann vom Pat. selbst durch eine leichte Abduktions- und starke Innenrotationsbewegung reponiert werden. Da wegen des Spitzfusses das gelähmte Bein beim Gehen länger, die krankseitige Beckenhälfte also höher, das kranke Bein also in Adduktion stehen muss, so wurde zunächst der Spitzfuss beseitigt (Achillotenotomie und Arthrodese), ausserdem aber die Kapselwand gefaltet. Nach längerer Gipsverbandbehandlung war ein gutes Resultat erreicht: keine Reluxation, guter Gang mit 3 cm Erhöhung. G. bespricht im Anschluss hieran die verschiedenen Arten der paralytischen Luxation und die aus der Literatur bekannten Beobachtungen.

Von der Luxatio infrapubica sind 21 Fälle mitgeteilt. Hier steht der Oberschenkel in Flexion, Abduktion und Aussenrotation, was infolge der Adduktorenlähmung und Kontraktion der Antagonisten zustande kommen soll. Gr. meint auf Grund der Erfahrungen an der Klinik Kirmissons, dass gerade die Beuger (Psoas, Sartorius, Tensor fasciae, rectus) gelähmt und retrahiert seien. Er behauptet, dass es eine wahre Luxatio infrapubica überhaupt nicht gibt, sondern durch die Stellung des Beins und das Hervortreten des Kopfes in der Leistenbeuge nur vorgetäuscht wird. Nach Dehnung der retrahierten Weichteile durch Dauerextension und nach Herstellung der normalen Beinhaltung ist auch die »Luxation«, besser Subluxation, nicht mehr zu konstatieren.

Ueber die Luxatio iliaca sind 10 Beobachtungen bekannt. Wie im Fall von Gr. sind auch in den meisten anderen die Becken-Oberschenkelmuskeln nur wenig geschädigt und alle Bewegungen möglich. Dagegen ist typisch die Schlaffheit der Kapsel und der periartikulären Muskeln. Schuld am Zustandekommen der Luxation trägt namentlich die Adduktionsstellung des kranken Beins beim Gehen infolge Verlängerung des Beins, die durch Spitzfuss (fast in allen Fällen) bewirkt wird. In 4 Fällen konnte die Luxation vom Patienten selbst reponiert werden.

Ewald-Hamburg.



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

60) **Dominik Pupovac.** Zur Kenntnis der sogenannten schnellenden Hüfte (Hanche à ressort — Ferraton). (Ein Fall von Luxatio tractus ileotibialis traumatica.)

Wien. klin. Wochenschr. Nr. 19.

Verf. berichtet ausführlich über einen auf seiner Abteilung operierten Fall von habitueller Verschiebung des Tractus ileotibialis über den grossen Trochanter, entstanden durch Sturz gegen einen Gaskandelaber. Bei Beugung oder Rotation im Hüftgelenke spürte man deutlich das Hinübergleiten eines straffen, sehnigen Bandes über den grossen Trochanter nach vorne, was mit grossen Schmerzen verbunden war. Heilung durch Vernähung des hinteren Randes des Tractus ileotibialis mit dem Glutäus maximus. Fälle aus der Literatur sind bekannt: Terrin 1859, Ferraton 1905. C. Bayer war der erste, der die Verletzung durch Operation behandelte. Kusneztow berichtet über zwei, Kukula über drei Fälle. **Spitzy**-Graz.

61) **Bodenstein.** Kasuistischer Beitrag zur Injektionsbehandlung der Ischias.

Diss. Leipzig 1908.

B. berichtet über 16 Fälle, die an der Nerven-Abteilung der Leipziger med. Universitätsklinik nach der Langeschen Injektionsmethode behandelt wurden, aber nicht mit dem gleichguten Erfolge, wie das von anderer Seite berichtet wurde, denn es waren nur in 6,22 Prozent der Fälle Erfolge zu verzeichnen. Ob dies daran gelegen hat, dass alle diese Patienten ambulant behandelt werden mussten, lässt B. dahingestellt. In allen 16 Fällen handelte es sich um eine typische Neuritis des Ischiadicus und nicht um eine Neuralgie desselben oder um eine Ischias vortäuschende Hysterie, für die nach des Verf. Meinung die von anderer Seite angeführten guten Resultate nicht verwunderlich wären. **Blencke**-Magdeburg.

62) **Helbing.** Ein Fall von kongenitaler Rotationsluxation beider Kniee.

Berliner klin. Wochenschrift. 1908. Nr. 5. S. 227.

$1^1/_2$ jähriges Mädchen, in Fusslage geboren, mit starker Erschlaffung des gesamten Muskelapparates mit Kyphose. Die Extremitäten lassen sich passiv wie gelähmte Anhängsel nach allen Seiten bewegen, ohne jeglichen Muskeltonus. Der Oberschenkel wird in Ruhe in Abduktion und Flexion von 60° gehalten. Die Unterschenkel stehen 60° im Kniegelenk flektiert mit gleichzeitiger Rotation von 90° nach aussen. Beugemuskeln zeigen normale In-



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sertion, Quadrizeps nur als Strang angedeutet. Keine Patella. Gleichzeitig besteht hochgradigster kongenitaler Plattfuss, so dass die Zehen bei der gleichzeitigen Aussenrotation nach hinten oben sehen, wenn man das Kind suspendiert. Beim Sitzen liegen die Füsse auf den Nates nach hinten. Röntgenologisch zeigt sich die Aussenrotation des Unterschenkels dadurch, dass die Fibula nach einwärts von der Tibia liegt.

Therapeutisch machte H. die Transplantation des semitendinosus und semimembranosus auf die Tuberositas tibiae, nach Durchschneidung des Ligam. laterale ext. und Lösung des Ansatzpunktes des Bizeps. Bei der Autopsie in vivo zeigte sich die Kniegelenkskapsel gut entwickelt, dagegen der ganze Streckapparat nur rudimentär angedeutet.

Zur Beseitigung des Plattfusses machte H. Keilresektion aus dem Tarsus und Uebertragung des tibialis ant. auf die Tuberositas ossis navicularis. Die Glieder wurden durch die Operation normal gestellt. **Meyer**-Heidelberg.

63) **Katzenstein.** Beitrag zur Entstehung und Behandlung der Meniscus-Verletzungen im Kniegelenk.

Berliner klin. Wochenschrift. Nr. 5. S. 228.

Eine Verletzung des Meniscus entsteht dann, wenn eine Gewalteinwirkung auf den fixierten Knorpel in senkrechter oder horizontaler Richtung einwirkt. Bei der direkten Verletzung ist der mediale Meniscus in seinem Vorderhorn abgelöst. Von den indirekten unterscheidet K. durch horizontal wirkende Gewalt entstehende Rotations-, Flexions- und Extensions-Verletzungen, sowie durch senkrecht wirkende Gewalt zustande kommende Verletzungen, und zwar meist beim Aufspringen des Körpers in gestreckter oder überstreckter Kniegelenksstellung. Die Schädigung des Meniscus betrifft entweder die Substanz oder nur die Verbindungsfasern mit seiner Unterlage. Die Diagnose lässt sich unter Berücksichtigung aller in Betracht kommenden Faktoren stellen: Art der Entstehung, Vorhandensein einer intraartikulären Verletzung mit den charakteristischen Begleiterscheinungen, Einklemmungsbeschwerden und lokalisierter Druckschmerz. Als Therapie empfiehlt K. die operative Fixierung des abgelösten Meniscus durch Naht an die Tibia aufs angelegentlichste. Die von ihm mitgeteilten Fälle ergaben im Vergleich zur Meniscus-Resektion glänzende Resultate. **Meyer**-Heidelberg.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

64) **Merres.** Ueber Meniscusverletzungen.

Dissert. Leipzig 1908.

M. berichtet über vier Fälle von Meniscusluxationen, bei denen die vorgenommene Röntgenuntersuchung vollkommen in Stich liess, so dass Verf. dieselbe bei dieser Verletzung für ein bis jetzt ungenügendes diagnostisches Hilfsmittel ansieht. In allen vier Fällen wurde operativ vorgegangen und zwar mit dem Erfolg, dass die vorher vorhandenen Beschwerden beseitigt wurden. Der eine Fall, der noch lange Zeit später beobachtet werden konnte, blieb auch für alle Folgezeit beschwerdefrei. **Blencke**-Magdeburg.

65) **Henry W. Jacob.** Eine Einrenkungsmethode bei Luxation des inneren halbmondförmigen Knorpels am Knie.

Brit. Med. Journ. 7. März 1908.

Der Arzt steht an der Aussenseite der affizierten Extremität (Patient liegt) und gibt dem halbgebeugten Bein eine Valgusposition, indem er mit seinen Händen an Ober- und Unterschenkel zieht und sein eigenes Knie als Hypomochlion benutzt. Während dieses Manövers wird der Patient angewiesen, seinen Unterschenkel zu strecken, wodurch der ausgetretene Knorpel an seinen Platz zurückgeht. **Böhm**-Berlin.

66) **Polini-Carassai.** La cura iperemizzante alla Bier negli operati di resezione del ginocchio.

Gazz. degli osped. e delle clin. A. XXIX, Nr. 107.

Verf. beschreibt einen klinischen Fall und glaubt daraus schliessen zu können, dass die Biersche Stauung bei den mit Knieresektion Operierten die rasche Bildung des Kallus d. h. die Wiederverlötung der beiden Knochenstümpfe wie bei den Frakturen begünstigt.

Buccheri-Palermo.

67) **Lister.** Behandlung veralteter Patellarfrakturen.

Brit. Med. Journ. 28. März 1908.

L. hat in einem Falle von Patellarfraktur mit grosser Distanz der Fragmente folgendes zweizeitiges Verfahren angewandt. Nach je einer Längsinzision über den beiden Fragmenten wurde das obere mit Draht gefasst. Letzterer wurde durch einen subkutanen Kanal zu der unteren Inzision hinausgeleitet und dann das obere Fragment dem unteren soweit als möglich genähert und beide verbunden. In der zweiten Sitzung wurden die Fragmente definitiv wie bei einer frischen Patellarfraktur vernäht. **Böhm**-Berlin.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

68) **Martini** (Turin). Sovra un nuovo apparecchio di cura delle fratture oblique e complicate della gamba.

La clin. chir. 1908. Nr. 5.

Es handelt sich um einen Reduktions- und Kontentivapparat, welcher eine genaue Reposition der Knochenfragmente gestattet und der dadurch, dass er den Frakturenherd offen lässt, die direkte Ueberwachung des frakturierten Teiles, die Ausführung der Massage, die Behandlung eventueller Wunden usw. ermöglicht. **Buccheri**-Palermo.

69) **Fontana.** La claudicazione intermittente e continua in rapporto alla senilità.

Riv. Veneta di scienze med. 1908, fasc. 2.

Ein Vortrag von Prof. Ferrarini über eine Kranke, welche eine derartige Form zeigte, und bei der durch eine Disintoxikationskur des Organismus eine bedeutende Besserung erzielt wurde.

Buccheri-Palermo.

70) **K. Grube** (Bad Neuenahr). Ueber intermittierendes Hinken (Dysbasia angiosklerotica Erb).

Münch. med. Wochenschr. 1908, Nr. 15, p. 800.

Vier Fälle, die Männer zwischen 54 und 70 Jahren betreffen. In 3 Fällen bestand Diabetes, in einem Fall Schrumpfniere. Bei 2 Fällen früherer Tabaksmissbrauch. Als Ausdruck der Gefässerkrankung zeigte sich in allen Fällen Schmerzhaftigkeit im Bein, Schwierigkeit im Gehen, Fehlen der Fusspulse. — Heissluftbehandlung brachte einige Linderung der Beschwerden. **Ewald**-Hamburg.

71) **Friedrich Neugebauer.** Ein Talusbruch.

Wiener klin. Wochenschrift. Nr. 17.

Es handelt sich um einen frontalen Bruch des Talus mit Subluxation im Talo-Kalkaneusgelenk nach vorn und eine Subluxation im Talo-Navikulargelenk nach oben. Verf. erörtert den Mechanismus der Talusfrakturen. In obigem Falle (Sturz mit dem Wagen) kam es unter Zusammenknicken des ganzen Körpers zu einer intensiven Dorsalflexion im Sprunggelenk. Der vordere Rand der Tibia, welcher bei starker Annäherung des Unterschenkels an den Fussrücken auf die Höhe des Talusrückens zu liegen kommt, drückte denselben durch. Die auf den stark gebeugten Unterschenkel und das Taluskörperfragment noch weiter wirkende Gewalt drückte bei im Erdreich festgestelltem Fusse beide Knochen als Ganzes nach hinten, wodurch es zum Zerreissen der Bänder zwischen


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Unterschenkel und Taluskopf einerseits, Kalkaneus andererseits und zum Ausgleiten des Unterschenkels samt dem zentralen Talusbruchstück nach hinten kam.

Spitzy-Graz.

72) **Karl Ewald.** Ueber die Verrenkung des Fusses nach hinten und den Extensionsverband bei gebeugtem Knie.

Wien. klin. Wochenschr. No. 26.

Bei den partiellen Verrenkungen des Fusses nach hinten tritt noch öfter als bei den totalen durch Zug der Wadenmuskulatur eine Reluxation ein, der durch feste Verbände nicht begegnet werden kann. Der Extensionsverband bei gebeugtem Knie gestattet eine dauernde Retention in der richtigen Stellung. Der Arbeit sind gute Abbildungen des Verbandes beigegeben.

Spitzy-Graz.

73) **Lenormant** (Paris). L'intervention chirurgicale dans les luxations irréductibles et anciennes de l'articulation de Lisfranc.

Arch. génér. de Chirurgie. 1908. Nr. 6, p. 551.

Ein 51jähriger Mann zog sich durch einen Unfall die seltene Verletzung einer totalen Luxation der 5 Metatarsalia nach aussen zu, so dass also das Metatarsale I jetzt dem Cuneiforme II entspricht, das Metatarsale V überhaupt keine Verbindung mehr mit der Fusswurzel hat (Röntgenbild). Da eine sofortige Reposition versäumt wurde, machte L. nach 3 Monaten die blutige Reposition, die erst gelang, nachdem das Cuneiforme I partiell reseziert war. Um den Vorderfuss in seiner normalen Stellung zu erhalten, wurde das Metatarsale I an das Cuneiforme I, das Metatarsale V an das Kuboid mit Draht fixiert. Dann Gipsverband, nach dessen Abnahme ein teilweises Wiedereintreten der Luxation konstatiert wird. —

Aus der Literatur sind von Bayer (1904) 34 totale und 34 partielle Luxationen des Lisfrancschen Gelenks zusammengestellt worden, deren Zahl L. auf 96 erhöhen kann. Eingehende Besprechung der Entstehung, Symptomatologie, Diagnose und Behandlung der Luxation und Gruppierung der Fälle. Es genügt, das Resumé mitzuteilen: In 23,6% der Fälle gelang auch die sofortige Reposition nicht wegen Interposition der tibialis anticus-sehne oder Komplikation der Luxation mit Fraktur. Die Resultate, die ein blutiger Eingriff ergeben hat (6 mal), sind befriedigend. Die Reposition in veralteten Fällen (5 mal ausgeführt) ergibt nur sehr mässige Resultate. Wenn der Gang leidlich ist, soll man von einer Operation Abstand nehmen.

Ewald-Hamburg.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

74) **A. Nast-Kolb** (Stuttgart). Ueber indirekte Mittelfussbrüche.

Münch. med. Woch. 1908. Nr. 35. p. 1834.

N.-K. hat diese Fraktur, die gewöhnlich nur bei Soldaten beobachtet wird, bei 2 Dienstmädchen gefunden, die — ohne ein Trauma erlitten zu haben — Schmerzen und Schwellung am Fuss bekamen. Das Röntgenbild ergab eine Infraktion eines Mittelfussknochens ohne Dislokation. Heilung unter Bettruhe und Umschlägen. Verf. glaubt, dass die Mittelfussbrüche auch bei Zivilisten ziemlich häufig sind und nur oft mit Plattfüssen verwechselt werden. **Ewald**-Hamburg.

75) **Oskar Semeleder.** Einige Worte zur Klumpfussbehandlung.

Wien. med. Wochenschr. Nr. 17.

S. wendet sich gegen die eingreifenden Operationen beim angeborenen Klumpfuss und tritt für die täglich vorgenommene manuelle Behandlung ein, die unter Aufsicht des Hausarztes von den Eltern ausgeführt wird und in redressierenden Handgriffen eventuell in Verbindung mit Schienen besteht. Dadurch gelingt es, die Deformität zur Ausgleichung zu bringen, bevor das Kind gehen lernt. Verf. betont die Vorzüge dieser seiner Behandlungsmethode vor den üblichen Redressements und blutigen Eingriffen (Tenotomien etc.), implicite nur bei Säuglingen.

Bezüglich des paralytischen Klumpfusses betont er, dass der Besitzstand der Kranken an funktionstüchtigen Elementen nicht geschmälert werden darf. Er vermeidet Tenotomien nach Möglichkeit (was auch ein sonst allgemein anerkannter Grundsatz ist. D. Ref.).

Spitzy-Graz.

76) **Karl Gütig.** Paraffinprothesen in der Fusssohle.

Wiener med. Wochenschr. Nr. 17.

Bei einer 47 Jahre alten Frau, der eine vom Kalkaneus nach vorne untenstehende spitze Knochenzacke beträchtliche Beschwerden verursachte, wurden von der Sohle aus 2 cm^3 Paraffin in die Umgebung des Vorsprunges eingespritzt, so dass jetzt statt der spitzen Zacke eine breite Platte von Paraffin auf die Haut der Fusssohle beim Gehen drückt. Die Wirkung entspricht der einer Einlage mit dem Vorteil, dass die Einlage subkutan und unverschieblich ist. Verf. meint, dass das Verfahren geeignet sei, gewisse Fälle von Plattfussbeschwerden zu heilen. **Spitzy**-Graz.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

77) **E. G. Abbolt und H. A. Pingree.** Die Wiederherstellung der normalen Fussstellung.

New-York Med. Journ. 9. Mai 1908.

Nach eingehenden Experimenten, die der Verfasser teils an Leichen, teils an lebenden Modellen vornahm, um die Bedeutung verkürzter bezw. geschwächter Muskeln und Sehnen für die Aufrechterhaltung des Fussgelenkes zu studieren, kommt er zu dem Schlusse, dass beim schwachen oder beim platten Fusse es sich um eine primäre Veränderung im Fussgelenk handele. Demnach müsse die Therapie in erster Linie das Fussgewölbe berücksichtigen und alle diejenigen Hindernisse beseitigen, welche sich der Wiederherstellung desselben in mechanischer Weise entgegenstellen, wie z. B. eine verkürzte Achillessehne oder eine verkürzte plantara Fascie. Erst in zweiter Linie verdienen bei der Behandlung des schwachen oder platten Fusses die Muskeln des Unterschenkels und Fusses Beachtung.

Böhm-Berlin.

Kongressberichte, Vereinsnachrichten etc.

78) **Galeazzi.** Ricerche cliniche e sperimentali sul trapianto della cartilagine interepifisaria. Atti del XX congresso della società italiana di chirurgia. Roma, 27—30 ott. 1907.

Aus den klinischen und experimentellen Untersuchungen des Verf. über die Ueberpflanzung des interepiphysären Knorpels ergibt sich:

Die in einen anderen Knochen des nämlichen Tieres und in andere Tiere der nämlichen Art gemachten Einpflanzungen haben in den meisten Fällen das rasche Verschwinden der Funktion des Knorpels gezeigt, welcher verknöchert und abstirbt. Nur in Ausnahmefällen erhält sich die Funktion in einem solchen Masse und in einer solchen Ausdehnung, dass sie an die Weiterentwicklung des Knochens glauben lässt, aber auf jeden Fall bleibt dieses Knochenwachstum tiefgehend gestört.

In zwei klinischen Fällen konnte er die Kontrolle für seine experimentellen Untersuchungen ausüben, indem er die Ueberpflanzung des unteren Knorpels des Cubitus in das untere Ende des Radius ausführte und das rasche Verschwinden des Knorpels konstatierte.

Die Ueberpflanzung konnte ohne Gefahr für die Patienten geschehen und der Zweck, auf den die Operation ausging, nämlich die Korrektion der Manus valga, wurde bei ihnen mit vollkommenem klinischen Erfolg erreicht.

Buccheri-Palermo.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

79) **Palagi** (Mailand). Ricerche sul ricambio materiale nella rachitide tardiva.

Società di medicina e biologia. Seduta 2 marzo 1908.

Die über den Phosphor-, Kalk- und Magnesiastoffwechsel bei zwei Kranken mit Spätrhachitis ausgeführten Untersuchungen haben Redn. zu folgenden Schlüssen geführt:

1. Es besteht bei diesem Leiden eine stark reduzierte Kalkausscheidung durch den Harn, welche als der Ausdruck des alterierten Stoffwechsels des Knochengewebes betrachtet werden muss.
2. Eine gleiche Bedeutung ist aller Wahrscheinlichkeit nach der Unzulänglichkeit in der Absorption der Phosphorsäure zuzuschreiben.
3. Der Magnesiastoffwechsel dürfte ebenfalls alteriert erscheinen.

Buccheri-Palermo.

80) **Fovane e Forte** (Neapel). Contributo sperimentale allo studio dell' etiologia e patogenesi del rachitismo. La Pediatria (VI Congresso pediatrico italiano. Padova ottobre 1907).

Verff. haben Versuche an Kaninchen angestellt, indem sie sie mit wässrigen, alkoholischen oder gemischten Auszügen von Kotmaterialien rhachitischer Kinder und mit Kotextrakten nicht rhachitischer und nicht an akuter Gastroenteritis und grüner Diarrhoe leidender Kinder behandelten.

Sie kommen zu dem Schluss, dass bei der Aetiologie grosses Gewicht der Absorption der toxischen Darmprodukte beizumessen ist und dass es sich, was die Natur des Krankheitsprozesses angeht, um eine Hemmung der Umbildungsfunktion handelt, durch die der Uebergang der osteoiden Substanz in definitiven Knochen stattfindet.

Buccheri-Palermo.

81) **Palagi** (Mailand). Ricerche sul ricambio materiale in casi di osteo-artrite deformante giovanile dell' anca.

Società di medicina e biologia. Seduta 2 marzo 1908.

Drei Fälle dieses Leidens wurden Untersuchungen über den Phosphor-, Kalk- und Magnesiastoffwechsel unterzogen. Bei allen wurde als wesentliche Erscheinung eine bedeutende Retention dieser Stoffe im Organismus nachgewiesen, gleich wie v. Noorden und Belgardt in Fällen von typischer, chronischer Arthritis deformans des Mannes- und Greisenalters fanden. Es wird so die Verwandtschaft, welche nach der klinischen und pathologisch-anatomischen Seite zwischen der jugendlichen und senilen Form des Leidens zu erkennen ist, bekräftigt.

Buccheri-Palermo.



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

82) **Fiocca-Signorelli-Arcangeli.** Sulla batteriologia dell' osteomalacia.

Società Lancisiana degli ospedali di Roma. 7. marzo 1908.

Zu den bereits veröffentlichten Fällen von Diplococcuskulturen bei Osteomalazie, die aus dem lebenden Menschen gewonnen wurden, fügt Fiocca zwei weitere neue Fälle hinzu und gibt die Geschichte derselbeh. Auf den Einwand, dass dieser bakteriologische Befund eine zufällige Erscheinung darstelle, antwortet er, dass die Konstanz desselben Mikroorganismus seltsam sein würde. Die experimentelle Reproduktion der Krankheit bei Tieren ist Fiocca und Arcangeli bei Meerschweinchen und Kaninchen nicht gelungen. Dagegen hat Morpurgo sie bei weissen Mäusen reproduzieren können. Signorelli bestätigt die entzündliche Theorie dieser Krankheit infolge des, obschon nicht konstant, erzielten Befundes des Diplococcus, der dem von Fiocca beschriebenen analog ist. Arcangeli weist darauf hin, dass bisher im ganzen 24 positive Befunde bei ungefähr 30 Untersuchungen erhalten wurden. Die negativen Untersuchungen erklären sich durch Fehler in der Technik, da der Diplococcus leicht abstirbt, wenn die Kulturen mit gewöhnlichen Keimen verunreinigt werden. Von den 24 positiven Befunden wurde der Diplococcus bei 19 aus intra vitam entnommenen Knochenstückchen isoliert, bei 2 aus den Knochen post mortem, in 1 aus dem Skelett, dem Blut und den Eingeweiden post mortem, bei 2 aus dem Urin, wodurch die Uebertragungsweise der Krankheit erklärt würde.

Die Spezifität des Diplococcus wird durch das Agglutinationsvermögen des Serums der Kranken bestätigt.

Mit diesen neuen Anschauungen fällt die Theorie Bossis, welcher geglaubt hat, die Osteomalazie auf Insuffizienz der Nebennieren zurückführen zu können. **Buccheri**-Palermo.

83) **Morpurgo** (Turin). Sulla localizzazione del processo di osteomalacia dei topi albini in rapporto col tiro dei muscoli.

Atti della società italiana di patologia. Pavia 1907.

Redn. hat an einigen Skeletten von mit Osteomalazie behafteten weissen Mäusen Untersuchungen über die Lokalisationen des osteomalazischen Prozesses angestellt. Aus denselben ergibt sich, dass in der Gegend zwischen mittlerem und unterem Drittel des Femur die hintere Hälfte der Knochenrinde für die Lokalisation des osteomalazischen Prozesses prädisponiert ist. Was die Faktoren dieser örtlichen Prädisposition angeht, so sprechen seine Beob-


Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

achtungen entschieden dafür, dass dem Eingreifen mechanischer Wirkungen und namentlich des Muskelzuges bei der Erzeugung der ersten und hauptsächlichsten Lokalisationen des Prozesses in dem mit dem Diplococcus der Osteomalazie infizierten Organismus der Mäuse eine grosse Rolle zukommt. **Buccheri** - Palermo.

84) **Galeazzi** (Mailand). Sui criteri d'intervento nelle tubercolosi articolari dell' età giovanile.

Società di medicina e biologia. Seduta del 18. marzo 1908.

Verf. resumiert seine Untersuchungen über die unglücklichen Dauererfolge der Radikaleingriffe bei Gelenktuberkulose der Kindheit und des Jünglingsalters, hebt auf Grund seiner eigenen Erfahrung deren Häufigkeit hervor und untersucht die Ursachen derselben. Darauf legt er seine persönlichen Anschauungen über eine gute konservative Therapie und die von ihm mit derselben erhaltenen Resultate dar (definitive Heilungen bei 80 % sowohl vom Gesichtspunkt des ursächlichen Prozesses als von dem der Gelenkfunktion). Er verficht die Einrichtung von Seeheilanstalten für chirurgische Kindertuberkulose und hebt deren ausserordentliche Heilbedeutung hervor. **Buccheri** - Palermo.

85) **Elbe.** Rostocker Aerzteverein. 14. März 1908.

Münch. med. Wochenschr. 1908, Nr. 15, p. 828.

Rhumatisme tuberculeux (Poncet).

Ein 10jähriges Mädchen erkrankte nach Scharlach vor 7 Jahren an allmählich fortschreitender Versteifung zahlreicher Gelenke. E. fasst diesen Fall trotz der Aehnlichkeit mit dem Poncetschen Krankheitsbild als eine Polyarthritis ankylopoetica postskarlatinosa auf.

Ein anderes 10jähriges Mädchen erkrankte vor $1^1/_2$ Jahren subakut an multiplen Gelenkergüssen und unvollkommener Versteifung in den Ellenbogen-, Knie- und Fussgelenken, bekam vorübergehend auch Schmerzen im rechten Hand- und Hüftgelenk und verdächtige Erscheinungen an beiden Lungenspitzen. In einem Probestück aus dem rechten Kniegelenk fanden sich zahlreiche Tuberkel und Riesenzellen, in einem Probestück aus dem linken Kniegelenk nur entzündliche Veränderungen. Pirquet stark positiv.

Eine Kombination von Tuberkulose und chronischem Gelenkrheumatismus ist in diesem Falle nicht ganz auszuschliessen, es liegt wohl aber näher — namentlich im Hinblick auf den guten Erfolg der allgemeinen und lokalen (Jodoformglycerininjektionen) antituberkulösen Therapie — Tuberkulose als gemeinsame Ursache im Sinne Poncets anzunehmen. **Ewald** - Hamburg.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

86) **Baudel** (Perugia). La terapia endovenosa nel reumatismo articolare acuto (metodo Baccelli).

Istituto Umbro di scienze. Adunanza del 25. gennaio 1908.

Redn. teilt die in der Klinik für innere Medizin zu Perugia erzielten Resultate der Behandlung des akuten Gelenkrheumatismus durch endovenöse Sublimatinjektionen mit und schliesst dahin, dass die endovenösen Sublimatinjektionen beim akuten Gelenkrheumatismus sich energisch wirksam zeigen und ein vorzügliches therapeutisches Hilfsmittel bilden, wie aus den der Salicylbehandlung trotzenden Fällen hervorgeht.

In ihrer Wirkungseinfachheit bilden sie keinerlei Gefahr. Bei Untersuchung der Leukozytenformel vorher und nachher wird eine bedeutende Zunahme der vielkernigen Elemente konstatiert.

Buccheri-Palermo.

87) **Frangenheim.** Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg i. Pr. 3. Febr. 1908.

Deutsche med. Wochenschr. 1908, Nr. 14, p. 621.

F. berichtet über 2 Fälle von Myositis ossificans traumatica. In einem Fall war nach einem Hufschlag gegen den Unterleib eine Knochenspange vom horizontalen Schambeinast wahrscheinlich in die Oberschenkeladduktoren ausgegangen, ferner im Vastus lat. nach Fall auf die Aussenseite des Oberschenkels. Neben dem Trauma ist eine gewisse Veranlagung des Patienten zu abnormer Knochenneubildung ursächlich für die Entstehung des Leidens anzuschuldigen. Im 2. Fall handelte es sich um eine vollständige Verknöcherung des musc. brachialis nach einer Luxation beider Vorderarmknochen.

Ewald-Hamburg.

88) **Trappe.** Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur in Breslau. 14. Febr. 1908.

Deutsche med. Wochenschr. 1908, Nr. 14, p. 622.

Myositis ossificans progressiva.

Es wird ein junges Mädchen vorgestellt, das bereits 1905 mit absoluter Unbeweglichkeit sämtlicher Extremitäten und Verhärtung der gesamten Muskulatur demonstriert worden war. Inzwischen hatte sich am Kreuzbein eine fluktuierende Geschwulst gebildet, in der bei der Inzision amorphe Kristalle von kohlensaurem Kalk gefunden wurden. Solche Abscesse sind dann an verschiedenen Stellen des Körpers entstanden. Die Gelenke wurden freier, so dass Patient zwar noch etwas steif, aber doch ohne Stütze gehen kann. Es handelte sich also um eine ausgedehnte Kalkablagerung im ganzen Körper.

Ewald-Hamburg.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

89) **G. Sala.** Sulla rigenerazione delle fibre nervose nell' uomo in seguito a lesioni traumatiche.

Atti della società italiana di patologia. Pavia 1907.

S. berichtet über die Resultate, die er mit der Cajalschen Silbernitratmethode bei dem Studium der Regenerationsprozesse erzielt hat, die im zentralen Stumpf zufällig verletzter menschlicher Nerven eintreten. Die Untersuchungen betreffen den zentralen Stumpf eines menschlichen N. radialis und den eines menschlichen Ischiatikus, die durch einen Messerstich durchtrennt worden waren.

Der erste, der einem 46 Jahre alten Mann angehört, wurde 71 Tage nach der Verletzung exstirpiert und der Untersuchung unterzogen; der zweite, einem 21jährigen Burschen angehörig, wurde ungefähr 120 Tage nach dem Trauma exstirpiert und untersucht.

Im ersten Fall (N. radialis) ist es Verf. gelungen, die charakteristischen und eigentümlichen Befunde nachzuweisen, die in letzter Zeit von den Autoren, besonders von Perroncito und Ramon y Cajal in den zentralen Stümpfen experimentell durchschnittener tierischer Nerven beschrieben worden sind. In der Tat war es dem Verf. möglich, Teilungen von Nervenfasern, Knöpfe, nervöse Ringe, Knäuel usw. zu beobachten.

In dem zweiten (N. ischiaticus) hingegen, wo die Verletzung weiter zurücklag, hat Verf. nicht solche interessante Einzelheiten antreffen können, mit Ausnahme vereinzelter knopfartiger Anschwellungen. In diesem Fall zeigte sich der Stumpf ausschliesslich durch eine Anhäufung von Nervenfasern gebildet, welche bündelförmig in regelloser Weise verliefen und sich verschiedenartig untereinander verflochten.

Buccheri-Palermo.

90) **Perez.** Sutura nervosa.

Atti del XX. congresso della società italiana di chirurgia. Roma, 27.—30. ott. 1907.

In einem Fall von totaler Durchtrennung des Radialis, Medianus und partieller des Cubitalis hat P. die Nervennaht ausgeführt. Der Erfolg war die unmittelbare Wiederherstellung der Funktion.

Buccheri-Palermo.

91) **Virnicchi.** Contributo istologico e clinico alla sutura dei nervi.

Atti del XX. congresso della società italiana di chirurgia. Roma, 27.—30. ott. 1907.

Schon im Jahre 1903 veröffentlichte Verf. einige Fälle von Nervenspätnaht.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Jetzt fügt er weitere vier Fälle hinzu in der Absicht, einen klinischen und histologischen Beitrag zu bringen.

Von den acht Fällen sind zwei primäre Nähte (Medianus und Radialis) und sechs sekundäre Nähte (2 Verletzungen des Medianus, 2 des Radialis und 2 des Cubitalis).

Ohne auf die Geschichte und die Einzelheiten der einzelnen Fälle einzugehen, bringt er ohne weiteres einige Schlüsse.

Man muss sich die guten Wirkungen der primären Nervennaht vor Augen halten, durch die man die günstigsten Bedingungen für eine Regeneration schafft.

Befriedigend sind die Resultate der Neurolyse und darauffolgenden Naht nach Excision der Nervennarbe bei Verletzungen der Nerven, die eine Zeitlang zurückliegen.

In den Fällen, in welchen ihm die Annäherung der Nervenenden nicht gelungen ist, hat er zu Katgutflechten, zur Ueberpflanzung von Kaninchennerven und in einem Fall zur Einpflanzung des Medianus (peripheres Ende) in den Cubitalis gegriffen.

Er hat alle Phasen des Entartungsprozesses im zentralen Ende der verletzten Nerven verfolgt und dann die Alterationen des Myelins, des Achsenzylinders mit den relativen mikrochemischen Reaktionen, wie der Acidophilie des Bindegewebes in Verbindung mit der Hyperalkalescenz desselben studiert, während das nervöse Element sich besser färbt mit den basischen Farben infolge der Phosphorglycerinsäure, die es in Freiheit setzt.

Von Wichtigkeit ist die Wirkung der bindegewebigen Elemente bei der Zerstörung und beim Digerieren der Nervensubstanzreste, derart, dass sie zuerst eine echte phagomyelinische Wirkung und dann eine komplexneurophage Wirkung ausüben.

Es existieren zahlreiche nervöse Elemente mit den Eigenschaften der Neuroblasten; jedoch darf man diese spezielle Anordnung der nervösen Elemente nicht voreilig als Regenerationsphasen auslegen. In einem solchen Fall sind jene als Neuroblasten aufgefassten Zellen vielmehr als echte Neurophagen anzusehen.

Als Anhang zu seiner Mitteilung führt er ein besonderes Experiment an, das er an Kaninchen zwecks Illustrierung des mehrzelligen Ursprungs der nervösen Elemente ausgeführt hat.

Er durchschneidet die beiden Aeste des Ischiadicus an seiner Teilung in der Mitte und vernäht die beiden zentralen Enden miteinander und ebenso die beiden peripheren unter möglichster Isolierung von den benachbarten Teilen.

Generated on 2019-06-08 18:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

In einigen Fällen hat er deutliche Bildung von Neuroblasten entsprechend den beiden vereinigten peripheren Stümpfen gefunden.

Ueber diese Experimente wird er sich in einer späteren experimentellen Arbeit aussprechen. **Buccheri**-Palermo.

92) **Jakobsthal.** Naturwissenschaftlich-medizinische Gesellschaft in Jena. 27. Febr. 1908.

Münch. med. Wochenschr. 1908, Nr. 21, p. 1155.

Abgekapselte subkutane Fibrome an Hand und Fuss.

Die seltene Erkrankung bildete sich in mehreren Jahren in der Hohlhand einer 45 jähr. Frau, in einem anderen Falle zwischen erster und zweiter Zehe bei einer 41 jähr. Frau. Das erste Fibrom hatte Haselnuss-, das zweite Hühnereigrösse. Beide konnten ohne Schwierigkeit enucleiert werden. Im Anschluss an die Demonstration bespricht J. die spärliche Literatur, woraus sich ergibt, dass Haut, Fascie, Sehnenscheiden, Sehnen, Periost, Knochen und Gelenke Ausgangspunkt des Fibroms sein können. Am Fuss beschrieb Kirmisson symmetrische Fibrome der Achillessehne, Voisin ein Fibrom der Aponeurosis plantaris, Pochhammer exstirpierte 4 wahrscheinlich von der Fascie ausgehende Fibrome der Fusssohle. Ein Bild für sich bieten die sogenannten Tubercula dolorosa, kleine Fibrome, die durch ihre exquisite Schmerzhaftigkeit ausgezeichnet sind. Die Schmerzhaftigkeit ist durch die nahe Lagebeziehung der Fibrome zu einem sensiblen Nerven bedingt. **Ewald**-Hamburg.

93) **E. Penzo.** Di un termoforo a temperatura costante per provocare iperemia attiva.

Accademia medica di Padova 1907.

P. hat einen Apparat für die Behandlung gewisser torpider, speziell tuberkulöser Formen der Knochen und Gelenke mittelst der aktiven Hyperämie konstruiert. Derselbe besteht aus einer doppelwandigen Hülse von verschiedener Form, in deren Zwischenraum Wasser zirkuliert, das durch einen an der Hülse selbst angebrachten und mit einem Heizkessel in Verbindung stehenden Wärmeregulator konstant bei 40° gehalten wird. Durch den längeren Gebrauch dieser Hülse ruft Verf. eine aktive Hyperämie hervor, die nicht nur grundverschieden ist von der sogenannten Bierschen Stauung, sondern auch von der aktiven Hyperämie abweicht, die durch kurze Applikation einer hohen Temperatur erhalten wird, welche zweifellos lokale histologische Alterationen und Erscheinungen allgemeiner Schwäche verursacht. Es wurden mit diesem Verfahren

Generated on 2019-06-08 18:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

bereits fünf Fälle von Gelenkknochentuberkulose behandelt, welche weiteren Untersuchungen Gewährleistung für die Sicherheit der Methode geben. **Buccheri**-Palermo.

94) **Codivilla** (Bologna). Un caso di spondilolistesi.

Societá medico-chirurgica di Bologna. 7. marzo 1908.

Redn. stellt einen 28 jährigen Eisengiesser vor, der seit längerer Zeit an Lumbosakralschmerzen während der Rumpfbeuge leidet. Es ist eine sakrale Kyphose mit Lordose nach rechts offensichtlich und bei der Palpation bemerkt man einen plötzlichen Uebergang, eine Art von Stufe zwischen dem 4. und 5. Lendenwirbel. Durch die Röntgenuntersuchung wird keine Aufklärung in das Problem gebracht. Die an sich schwierige Diagnose wurde ausschlussweise gestellt.

Das Aussetzen der Arbeit und das Tragen eines Korsetts werden nach dem Redn. befriedigende therapeutische Resultate geben. Ein blutiger Eingriff zur Bildung einer Synostose wird angezeigten Falles von Nutzen sein. **Buccheri**-Palermo.

95) **Landwehr.** Allgemeiner ärztlicher Verein zu Köln. 23. März 1908.

Münch. med. Wochenschr. 1908, Nr. 20, p. 1104.

Spondylitis ankylopoetica nach Meningitis epidemica.

Der 15 jähr. Kranke hat kurz vorher die Kölner Meningitisepidemie mit durchgemacht. Jetzt ist das Allgemeinbefinden gut. An der Lenden- und Brustwirbelsäule findet sich eine beschränkt bewegliche Kyphose. Schmerzen im Kreuz und Müdigkeit. Krankheit ähnelt der von Bechterew und Pierre-Marie. Während der Meningitis waren noch mehrere Gelenke befallen, die aber jetzt wieder normal sind. Diese konnten wohl wieder ausgiebig bewegt werden, sobald sie schmerzfrei waren, während die kleinen, wenig exkursionsfähigen Wirbelgelenke in der abnormen Stellung während der Rückenlage ankylosierten. **Ewald**-Hamburg.

96) **Beneke.** Aerztlicher Verein zu Marburg. 20. Febr. 1908.

Münch med. Wochenschr. 1908. Nr. 20, p. 1105.

Ueber primäre Tuberkulose der Zwischenwirbelscheiben.

Ein derartiges Vorkommnis wird von den Chirurgen im allgemeinen geleugnet. Bei der Sektion eines an Meningealtuberkulose zu Grunde gegangenen Mannes zeigte sich eine ausgedehnte Karies mehrerer Brust- und Lendenwirbel mit Senkungsabzessen. An den befallenen Wirbelkörpern war die Tuberkulose regelmässig genau



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

symmetrisch um die zugehörigen Bandscheibennerven ausgebreitet, die unverkennbar am stärksten verändert, z. T. völlig verkäst waren, so dass man auf eine Primärerkrankung der Bandscheiben hingewiesen wurde. Ausserdem bestand aber in der Lenden- und unteren Brustwirbelsäule eine Erkrankung der Zwischenscheiben im Sinne der Spondylitis deformans, zwei Wirbelscheiben waren sogar total synostosisch miteinander verbunden. So wurde unumstösslich bewiesen, dass die Wirbelscheiben schon erkrankt waren, als die Tuberkulose einsetzte. So wenig die normale Intervertebralscheibe für die Tuberkulose disponiert ist, der degenerierten kann man die Fähigkeit, als ein locus minoris resistentiae zu dienen, nicht absprechen. **Ewald**-Hamburg.

97) **Hilgenreiner.** Verein deutscher Aerzte in Prag. 21. Febr. 1908.
Deutsche med. Wochenschr. 1908, Nr. 15, p. 677.

Gut ausgebildete Halsrippen bei einem 17jährigen Mädchen.

Die linke Halsrippe bildet eine sichtbare Geschwulst an der Halsseite, die — seit dem 15. Lebensjahr bestehend —, bei Palpation ein deutliches pulsatorisches Schwirren erkennen lässt (Druck auf die Subclavia). Das Röntgenbild zeigt auch rechts eine vollkommen ausgebildete Halsrippe, die vom 7. Halswirbel entspringend zum Brustbein läuft. Links ist an der Stelle der scheinbaren Geschwulst die Rippe fast rechtwinklig abgeknickt, die an dieser Stelle keinen Knochen aufweist. Diese Abknickung mit Fehlen der Knochensubstanz scheint für eine Reihe von Fällen charakteristisch zu sein. Das scheinbar späte Auftreten der linken Halsrippe (zur Zeit der Pubertät!) verdient Erwähnung. **Ewald**-Hamburg.

98) **Eckstein.** Verein deutscher Aerzte in Prag. 21. Febr. 1908.
Deutsche med. Wochenschr. 1908, Nr. 15, p. 677.

Anatomische Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Halsrippen und Skoliosen.

E. hat im Prager deutschen anatomischen Institut 35 Fälle von Halsrippen einer genauen Untersuchung unterzogen und konnte nur in 2 Fällen eine geringgradige Skoliose auffinden. Dazu kommen 11 Fälle der eigenen Praxis. Nach E. besteht kein Zusammenhang zwischen Halsrippe und Skoliose (von Garré u. A. behauptet).

Ewald-Hamburg.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

99) **Dalla Vedova** (Roma). Sarcoma sottodurale cervico-dorsale.

R. Accademia medica di Roma. 22. dic. 1907.

Redn. stellt einen Pat. vor, den er vier Monate vorher mit Exstirpation eines Spindelzellensarkoms leptomeningealen Ursprungs mit Sitz entsprechend dem letzten Halswirbel und den drei ersten Rückenwirbelbogen operiert hat. Der klinische Verlauf nähert den Fall jener Gruppe, auf die Schultze die Aufmerksamkeit gelenkt hat. In der Tat hat bei dem Patienten keine Anfangsphase mit radikulären Symptomen, gefolgt von einer Phase der Hemiläsion, bestanden, sondern es trat der Symptomenkomplex einer progressiv stärkeren transversalen Läsion auf, der Projektionsschmerzen vorausgingen und in der letzten Phase radikuläre Erscheinungen folgten. Der vor dem Eingriff paraparetische Kranke konnte einen Monat darauf mit nur einem Stock gehen und braucht heute seit über einem Monat keinerlei Stütze mehr. **Buccheri**-Palermo.

100) **V. Baviera.** Lussazione dell' anca consecutiva ad artrite blenn orragica.

Società Lancisiana degli ospedali di Roma 1907.

Die Patientin war, von ihrem Mann in den ersten Tagen ihrer Ehe angesteckt, an akuter Blennorrhagie erkrankt. Nach wenigen Tagen trat eine akute Arthritis am Hüftgelenk und am Knie mit allen Symptomen der Gonokokkenarthritis hinzu. Durch einen Fehltritt erfolgte dann während der Krankheit Luxation des Hüftgelenkes.

Im Anschluss an diesen Fall gibt Verfasser ein Bild von der Pathologie dieser sehr seltenen Komplikation der blennorrhagischen Gelenkentzündungen.

Die Behandlung ist in diesem Fall eine unblutige gewesen, und Patientin geht gut ohne Stock, trotzdem infolge der Distension des hinteren Randes der Gelenkhöhle und der schweren Alterationen des Femurkopfes keine vollkommene Reduktion möglich war. Nur ein leichtes Hinken zeugt noch von der durchgemachten Krankheit.

Buccheri-Palermo.

101) **Erben** (Wien). XXV. Kongress für innere Medizin. 6. bis 9. April in Wien.

Münch. med. Wochenschrift. 1908. Nr. 18, p. 987.

Zur Differentialdiagnose der peripheren Ischias.

Die Ischias kann verwechselt werden mit Koxitis, Neuralgien der Diabetiker und Alkoholiker, Neurasthenie, Hysterie, Tabes,


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:20 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gicht, Plattfuss usw. Zwei Symptome erlauben die Differentialdiagnose: 1. Die Schmerzen steigern sich auf Reizungen der Bauchpresse (Niesen, Husten). 2. Der untere Teil der Wirbelsäule eines Ischiadikers bleibt beim Bücken steif, die Dornfortsätze treten nicht hervor.

Ewald-Hamburg.

102) **Hoeftmann.** Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg i. Pr. 16. März 1908.

Deutsche med. Wochenschrift. 1908. Nr. 22, p. 989.

Bei Defekten beider Beine soll man erst mit ganz kurzen Prothesen, die allmählich verlängert werden, beginnen. Der vorgestellte 45jähr. Mann ist vor einem halben Jahre amputiert und zwar rechts nach Gritti, links 10 cm unterhalb des Kniegelenks. Schon nach drei Tagen konnte er relativ sicher auf seinen kurzen Prothesen mit beweglichem Kniegelenk gehen.

Ewald-Hamburg.

103) **Noesske.** Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden. 25. I. 1908.

Deutsche med. Wochenschr. 1908. Nr. 12, p. 534.

Eine neue Operation des veralteten hochgradigen Klumpfusses (mit Stiellappenplastik).

N. hat bei einem 2jährigen Knaben den rezidivierten Klumpfuss folgendermassen behandelt: V-förmige Achillotomie, keilförmige Osteotomie der Fusswurzel an der Aussenseite, ohne Verletzung des Talus, Durchschneidung der Gewebe auf Sohle und Innenseite bis auf den Knochen nach Phelps. Dadurch entstand nun eine breite Wunde, die, um nicht zu granulieren, plastisch ausgefüllt wurde durch einen vom Unterschenkel des anderen Beins nach Tagliacozzi-Graefe zweizeitig übertragenen Haut-Fett-Periostlappen, dessen Stiel nach 3 Wochen getrennt wurde. Das Resultat war ein sehr gutes, namentlich war der Fuss sehr gut beweglich. Ein Vorzug ist, dass die Behandlung nach 2 Monaten abgeschlossen werden kann, ohne dass man ein Rezidiv befürchten muss. Schanz hält ein so eingreifendes Heilverfahren für überflüssig, da man mit den anderen Methoden ebenso schnell zum Ziele komme.

Ewald-Hamburg.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

---

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.

Generated on 2019-06-08 18:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Zentralblatt
für
Chirurgische und mechanische Orthopädie
einschliesslich der gesamten Heilgymnastik und Massage.

Redigiert von
Prof. Dr. O. Vulpius
in Heidelberg.

Verlag von
S. Karger in Berlin
NW., Karlstrasse 15.

Monatlich erscheint ein Heft im Umfang von 48 Seiten. Preis des Jahrgangs Mk. 15,—. Zu beziehen durch die Post und durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Bd. II. **Dezember 1908.** **Heft 12.**

Jahresbericht des Hamburgischen Seehospitals „Nordheim-Stiftung" für das Jahr 1907.

Das Hospital ist in erster Linie für Kinder mit Drüsen-, Gelenk- und Knochentuberkulose bestimmt, es hat zur Zeit 86 Betten, behandelt arme Kinder unentgeltlich oder zu ermässigten Preisen (durchschnittliches Pflegegeld 20 Mk. pro Woche) und gewährt Schulunterricht. Nach dem Bericht des leitenden Arztes, Dr. Treplin, sind die Erfolge trotz der kurzen Zeit recht erfreuliche. Namentlich das Allgemeinbefinden besserte sich fast regelmässig in kurzer Zeit. Von orthopädischen Leiden

wurden	behandelt	geheilt	gebessert	gestorben
Spondylitis	18	2	—	1
Koxitis	15	3	—	—
Handtuberkulose	7	4	—	—
Knietuberkulose	8	4	—	1
Ellenbogentuberkulose	6	4	—	1
Fusstuberkulose	6	2	—	—
Osteomyelitis chronica	6	2	—	—

Es handelte sich zumeist um Kinder, die schon mehrere Jahre in Behandlung standen und sehr schwere Erkrankungen (Fisteln, Fieber usw.) hatten. Die Kinder, die gleich nach Einsetzen der Erkrankung eintrafen, waren auch schon nach 8 Monaten entlassungsfähig.

Die Behandlung bestand ausser der Seeluft und gutem Essen in Ruhigstellung des erkrankten Gelenks und Bierscher Stauung. Letztere hatte nicht immer den gleichen Erfolg: während sie bei einer Ellenbogen- und einer Fussgelenkstuberkulose ein glänzendes Resultat zeitigte,


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

war sie in vielen Fällen (namentlich bei der Synovialtuberkulose) nahezu wirkungslos. Hier sowohl, wie auch bei Fisteln leistete die Injektionsmethode nach Calot (Kamphernaphtol oder Kreosot-Aether-Jodoform) gutes. Auskratzung von Fisteln und Entfernung von Sequestern musste immerhin öfter vorgenommen werden. Nur einmal wurde ein Kniegelenk reseciert, sonst immer nach der Ausheilung die Stellung verbessert. Die Koxitis wurde, wenn nicht Fieber, Abscesse oder multiple Fisteln zur Extensionsbehandlung zwangen, mit Gehverbänden behandelt. Bei der Spondylitis wurde entweder das Gipsbett oder das Calotsche Gipskorsett mit vorderem und hinterem Fenster angewandt. Durch das in das hintere Fenster eingepresste Wattelager konnte in verschiedenen Fällen der Gibbus erheblich verkleinert werden. **Ewald**-Hamburg.

1) **Ménard, Le Moine** et **Pénard** (Berck sur mer). Contribution à l'étude clinique et radiographie de la syphilis héréditaire des os longs.

Gazette des hôpitaux. 1908, Nr. 48 u. 51.

Unter ca. 700 Fällen von Knochenerkrankungen (Tuberkulose) wurden irrtümlich auch 16 Patienten mit hereditärer Knochensyphilis in das Seehospital Berck eingewiesen. Verf. können über 20 Beobachtungen berichten, die zum grössten Teil Kinder von 2 bis 14 Jahren betrafen. Es war bei diesen befallen:

24 mal die Tibia,
10 » die Ulna,
6 » das Femur,
5 » der Humerus,
4 » der Radius,
4 » die Fibula.

Im Gegensatz zur Tuberkulose handelt es sich bei der Syphilis um eine Knochenüberproduktion, die klinisch namentlich an der Diaphyse auffällt, jedoch pathol.-anatomisch sowohl an dieser (16 mal) als auch an der Epiphyse (8 mal) allein ihren Sitz haben kann. Gewöhnlich sind beide Knochenabschnitte ohne Uebergang befallen (22 mal). — Die Epiphysenlinie kann der Lues keinen Widerstand — wie es etwa die Tuberkulose tut — entgegensetzen. — Typisch äussert sich die Tibiasyphilis: Säbelscheidenform. Immer fällt die Konvexität der normaler Weise platten Knochenflächen und geraden Kanten auf, doch bleiben die Knochen — wie das Röntgenbild zeigt — im ganzen immer gerade. Der Knochen kann nicht nur in die Dicke, sondern auch in die Länge wachsen (bis 4 cm), woraus Deformitäten resultieren können (Pes valgus, Klumphand). — Häufig sind Nasen-, Schädel-, Gaumenaffektionen.

Generated on 2019-06-08 18:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Die Entwicklung des Leidens vollzieht sich sprungweise. Unter einer Quecksilberkur können die Hyperostosen verschwinden, die Gummata resorbiert werden; manchmal jedoch auch nicht. Manchmal tritt auch Spontanheilung ein, manchmal kommt noch nach mehreren Jahren ein Recidiv, manchmal brechen die Gummata durch die Haut und machen lang dauernde Fisteln und — infolge Sekundärinfektion — Knochennekrosen. Infolge Durchbruch eines Epiphysenherdes in das Gelenk können sich Komplikationen ergeben. — Die Röntgenbilder eines Falls zeigen sehr schön zwei Gummen im inneren und äusseren Femurkondylus; nach 6 Monaten ist die Gelenklinie des Femur unregelmässig geworden, nach weiteren 6 Monaten zeigt das Röntgenbild direkte Deformationen am Kniegelenk. Weitere Gelenkaffektionen waren: Hydarthros der Kniegelenke, Ellenbogenarthritis und Sprunggelenksentzündung mit Ausgang in Heilung, Versteifung oder knöcherne Ankylose. Einmal wurde Spontanfraktur des Unterschenkels beobachtet. — Die sehr wichtige Radiographie lässt vielfach erst die Ausdehnung des Prozesses, Gummen, Lacunen und Sequester erkennen.

Die Hg-behandlung muss natürlich immer eingeleitet werden; sie kann alte Hyperostosen zwar nicht mehr zum Verschwinden bringen, aber doch bessern; bei jungen Individuen können die Verdickungen auch völlig resorbiert werden. — Bezüglich der lokalen Behandlung ist zu sagen, dass die syphilitischen Affektionen selbst nicht chirurgisch behandelt werden dürfen (Gefahr langdauernder Fisteln und Knochennekrosen). Sehr genaue Krankengeschichten und instruktive Zeichnungen nach Röntgenbildern erläutern die Mitteilungen. **Ewald**-Hamburg.

2) **Bernardi** (Pisa). Di alcune modificazioni citologiche nel sangue dei fratturati.

Tipografia Editrice Mariotti. Pisa 1907.

Die Arbeit enthält die Resultate von über Tausend Blutuntersuchungen bei normalen und frakturierten Individuen. Verf. hebt hervor, dass bei sämtlichen Frakturierten ausnahmslos eine Gesamtvermehrung der zirkulierenden Leukocyten besteht, und aus den zahlreichen die cytologischen Aenderungen in den verschiedenen Verhältnissen enthaltenden Tabellen glaubt er folgende Schlüsse formulieren zu können.

1. Beim Bestehen einer Fraktur bekommt man im Blut eine Vermehrung der absoluten Leukocytenzahl, die im Verhältnis steht zu dem Alter des Frakturierten, zu der Bedeutung des verletzten Knochens und zu der Schwere der Verletzung.

2. Diese Vermehrung erreicht ihr Maximum 10—15 Tage nach der Fraktur und schwindet mit dem Heranrücken der Heilung.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

3. Es besteht im Blut sämtlicher Frakturierten eine ziemliche Anzahl von Myelocyten, welche jedoch weder zu der Schwere der Verletzung und der Bedeutung des frakturierten Knochens noch zu dem Alter des Pat. in Verhältnis steht.

4. Die vielkernigen neutrophilen Zellen, die grossen einkernigen und die Uebergangsformen sind stets (ausser im sehr hohen Lebensalter) bedeutend zum Nachteil der Lymphocyten vermehrt.

5. Die eosinophilen Zellen verringern sich in den ersten Tagen der Fraktur, um späterhin, falls keine Komplikationen bestehen, sehr hohe Ziffern zu erreichen.

6. Das Fehlen, die erhebliche Spärlichkeit oder das allmähliche Verschwinden der zirkulierenden eosinophilen Zellen bei den Frakturierten ist ein prognostisches Zeichen von mehr oder weniger schweren Komplikationen im Verlauf der Verletzung. **Buccheri**-Palermo.

3) **Pucci.** Sulle pseudo-artrosi con speciale riguardo al tessuto muscolare interposto.

La clinica chirurgica. 1908.

Verf. handelt in seiner Studie von den Pseudoarthrosen im allgemeinen und glaubt, dass die Hauptursache derselben in der Zwischenlagerung von Weichteilen zwischen die Frakturfragmente zu suchen ist. Bei 54 an Kaninchen vorgenommenen Versuchen hat er das zwischengelagerte Muskelgewebe untersucht, wobei er zu folgenden Schlüssen hat kommen können.

In dem gleich von den ersten Tagen an zwischengelegten Muskelgewebe erfolgt eine höchst ausgeprägte Vermehrung der Sarkolemmakerne, während die Muskelfaser entartet und dann der Atrophie anheimfällt. Während die Degeneration der Muskelfasern immer ausgeprägter wird, strebt die Proliferation der Sarkolemmakerne sich von ihrem Ausgangspunkt zu entfernen und sich zwischen die einzelnen Muskelfasern zu lagern, wobei sie sich mit ihren Zellen in einer oder mehreren Reihen anordnet. Während die kontraktile Substanz auf eine Art von feinem staubförmigen Detritus zurückgeht, verwandeln sich die proliferierten Sarkolemmakerne in bald spindelförmige, bald sternförmige Zellen mit zentralem Kern, welche an dem die beiden Stümpfe einhüllenden Keimgewebe teilnehmen und je nach ihrer Lage sich in Osteoblasten oder Knorpelzellen verwandeln, die die Bildung des Callus vermehren, sowohl des Periosts als des Knochenmarkes und des Zwischencallus. In diesen Fällen hat er stets Konsolidierung im Frakturenherd erhalten.

Nur selten hat Verf. die sogenannte Muskelverbindung gesehen und in diesen seltenen Fällen Pseudarthrose bekommen.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Das Muskelgewebe bildet demnach kein ernstliches Hindernis für die Callusbildung und während dies ausnahmsweise der Fall ist, ist es häufig nicht die Ursache einer Pseudarthrose. **Buccheri**-Palermo.

4) **H. Mohr** (Bielefeld). Beiträge zur Nervenchirurgie nach Unfällen.

Monatsschr. für Unfallheilkunde u. Invalidenwesen. 1908, Nr. 6, p. 176.

1. Rezidivierendes Amputationsneurom des Nervus medianus als Unfallspätfolge.

Nach einer Schnittverletzung am Vorderarm, wobei aber Sehnen nicht verletzt gewesen sein sollen, blieben die Symptome einer Medianusverletzung zurück, die in den nächsten Jahren aber verschwanden. Schon $^3/_4$ Jahre nach dem Unfall begann sich an der Stelle der Verletzung ein Neurom zu bilden, das zunächst unempfindlich war, 7 Jahre später aber grösser wurde und solche Beschwerden (Schwäche, Funktionsstörung der 3 ersten Finger, Paraesthesien, Schmerzen, trophoneurotische Störungen) verursachte, dass es excidiert werden musste. Danach Nervennaht. Nach $1^3/_4$ Jahren Recidiv und Wiederkehren der gleichen Beschwerden.

2. Operativ mit Erfolg behandelte Radialislähmung nach Oberarmbruch.

Die Lähmung wurde bei der Verbandabnahme entdeckt, Nerv 5 Monate nach dem Unfall freigelegt, von den Verwachsungen mit dem Callus gelöst und zwischen Muskulatur gelagert. Schon 6 Tage nach der Operation kehrte die Motilität wieder und besserte sich stetig, so dass nach 8 Monaten Hand und Finger fast normal waren.

Ewald-Hamburg.

5) **Marie Nageotte-Wilbouchewitch.** Le traitement précoce du thorax difforme.

Archives de méd. des enfants. Juillet 1908, p. 464.

Die Missbildungen der Brust bei Kindern kommen frühzeitig zur Beobachtung und sind es hauptsächlich Rhachitis und infantile Paralyse, welche dieselben bewirken. Je älter die Kinder werden, desto ausgesprochener wird die Difformität, und es entwickeln sich mit der Zeit in vielen Fällen wahre Krüppelgestalten. Diesem muss im frühesten Lebensalter entgegengearbeitet werden. Die Erfahrungen der Verfasserin und die der Arbeit beigegebenen photographischen Abbildungen zeigen, dass man durch lange Zeit in konsequenter Weise fortgesetzte orthopädische Behandlung sehr gute Erfolge erzielen kann. Passive und aktive Gymnastik müssen derart durchgeführt


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

werden, dass das Kind nicht ermüdet und keinen Widerwillen gegen dieselbe empfindet, und haben den Zweck, gewisse Muskelgruppen zu kräftigen und andererseits Versteifungen zu beheben und Verkrümmungen geradezurichten. Bei Säuglingen erreicht man schon sehr viel dadurch, dass man die Mütter anweist, das Kind mehrmals täglich übers Knie derart zu legen, dass die eingebogene Seite sich gerade richtet; grössere Kinder machen derartige Biegungen über in entsprechender Höhe angebrachten Stangen etc. Hauptsache ist aber bei jeglicher Behandlung. dieselbe frühestens zu beginnen und nicht erst abzuwarten, dass das Kind grösser wird, wie dies leider oft geschieht. **E. Toff**-Braila.

6) **J. Anglada** (Montpellier). Luxations doubles simultanées scapulo-humérales (doppelseitige gleichzeitige Schulterluxation).
Arch. génér. de Chir. 1908, 6, p. 588.

Eine 55jährige. sehr beleibte Frau fiel die Treppe herunter und auf die vorgestreckten Hände. Es wurde eine Luxatio humeri subcoracoidea an beiden Schultergelenken festgestellt, die sofort mit gutem Erfolg eingerichtet wurde. Das Zustandekommen der Luxationen wird an der Hand der in der Literatur niedergelegten wenigen Fälle besprochen. **Ewald**-Hamburg.

7) **Peschties.** Ueber spontane und traumatische Luxationen des Hüftgelenks im Kindesalter.
Dissert. Königsberg. 1908.

P. berichtet über drei Fälle von erworbenen Hüftluxationen im Kindesalter, die in der Königsberger chirurg. Universitätsklinik behandelt worden sind. In dem einen Falle handelte es sich um eine traumatische Hüftluxation und in den zwei anderen um Spontanluxationen, und zwar eine nach Typhus und eine nach akutem Gelenkrheumatismus. Die letzten beiden wurden nach der Lorenzschen Methode leicht eingerenkt mit nachfolgendem typischen Gipsverband, und die erstere wurde blutig reponiert. **Blencke**-Magdeburg.

8) **Palagi** (Mailand). Ricerche del ricambio materiale in casi di osteo-artrite deformante giovanile dell' anca.
Società Milanese di medicina e biologia. 2 marzo 1908.

Drei Fälle dieses Leidens wurden Untersuchungen über den Stoffwechsel des Phosphors, des Kalks und der Magnesia unterzogen. In allen wurde als Haupterscheinung eine bedeutende Reduktion dieser Stoffe im Organismus nachgewiesen.

Das Resultat ist um so interessanter, als eine ähnliche Reduktion von den Autoren nachgewiesen worden ist, welche dementsprechende



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Untersuchungen bei typischer, chronischer Arthritis deformans des Mannes- oder Greisenalters anstellten, und dient demnach zur Bekräftigung der Affinität, welche nach der klinischen und pathologisch-anatomischen Seite hin zwischen der jugendlichen und senilen Form des fraglichen Leidens anerkannt werden zu müssen scheint. **Buccheri**-Palermo.

9) **Elisabeth Rafilsohn.** Coxa vara congenita.

Dissert. Freiburg. 1908.

Die Verf. berichtet über zwei Fälle von Coxa vara congenita, bei denen sie, was die Aetiologie anbetrifft, auf Grund der Anamnese und der Befunde annehmen zu müssen glaubt, dass es sich um eine angeborene Missbildung des Schenkelhalses handelt, die aus inneren Ursachen entstanden ist, als die sie alle jene bezeichnet wissen möchte, welche schon im Keime gegeben sind, so dass also bei der Entwicklung des Embryo die Missgestaltung spontan, ohne äussere Veranlassung aufgetreten ist. **Blencke**-Magdeburg.

10) **Albert Gruget** (Paris). La fracture de Dupuytren.

Gazette des hôpitaux. 1908, Nr. 73 u. 76.

Ausführlicher historischer Abriss über Definition, Mechanismus, path. Anatomie, Diagnose, Prognose und Behandlung der Malleolarfraktur. **Ewald**-Hamburg.

11) **K. Lengfellner** (Berlin). Der Senkfuss.

Therapeut. Rundschau. 1908, Nr. 25, Pag. 400.

Um das allmähliche Entstehen und Fortschreiten der Krankheit schon in dem Namen derselben zum Ausdruck zu bringen, schlägt L. vor, für die Anfangs- und Mittelstadien den Namen »Plattfuss« mit der Bezeichnung »Senkfuss« zu vertauschen. Auf diese Weise wird auch der Laie, der sich von der »Plattheit« seines Fusses nicht ohne weiteres überzeugen kann, dem Verständnis seines Leidens näher gebracht. Der Name »Plattfuss« soll dann für das Endstadium gelten.

Frühzeitiges Erkennen des Leidens ist für den Erfolg unserer Therapie ausschlaggebend. L. glaubt ein beständiges Zunehmen der Deformität annehmen zu müssen. Der Plattfuss wird der Zukunftsfuss sein. Leider wird die Diagnose noch zu selten gestellt. Sekundäre, im Gefolge des Plattfusses auftretende Erkrankungen (z. B. Tuberkulose) dürfen uns an der Diagnose nicht irrig machen.

Auch die Militärärzte sollen den Namen »Senkfuss« beherzigen. Nicht die Füsse mit ganz platter Sohle müssen vorsichtig beurteilt werden, sondern die Fälle, bei denen das Fussgewölbe im Sinken



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

begriffen ist, da sie die schmerzhaftesten und inbezug auf sekundäre Erkrankungen gefährlichsten Stadien darstellen.

Stoffel-Heidelberg.

Kongressberichte, Vereinsnachrichten etc.

80. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Köln a. Rh.

vom 20. bis zum 28. September 1908.

Sitzung der Abteilung: Chirurgie. 23./9. 08.

12) **Hoeftmann** (Königsberg, Pr.) demonstriert an einem Patienten unkomplizierte zweckmässige Ersatzstücke für Hände und Füsse: eine durch Bandage am Oberarm befestigte Vorderarmprothese, die konisch in einen ausgebohrten Eisenzapfen ausläuft; in die Bohrung nimmt Patient mühelos Instrumente (Messer, Gabel, Hammer etc.) auf; komplette Ankleidung ist ohne Unterstützung möglich. Die leichten, unbeweglichen, von gewöhnlichem Stiefel überkleideten Bandeisenprothesen erzielten gute Gehfähigkeit.

13) **Bade** (Hannover): Schwierig zur Heilung gebrachte Fälle von kongenitaler Hüftgelenksluxation — redet eindringlich der unblutigen Luxationsbehandlung das Wort. Anteversionsstellung des Schenkelhalses, Coxa vara-Bildung und Alter des Patienten dürfe man nicht als Kontraindikation für konservative Therapie auffassen. Unerlässliche Forderung zur Erzielung eines endgültigen positiven Resultates seien: genaueste Orientierung durch Röntgen-B., unbedingte Fixierung des Femurkopfes in konzentrischer Einstellung zur Pfanne, Kontrolle, Vorsicht, Geduld. Vorstellung von 12 Kindern, die trotz der erwähnten Komplikationen bei Einleitung der Behandlung gute Dauerresultate zeigten. Ein röntgenologischer Befund bot insofern Interesse, als gegenüber dem positiven Nachweis eines Knochenkernes im Femurkopf auf der gesunden Seite ein solcher in dem luxierten Schenkelkopf bei Beginn der Behandlung nicht nachweisbar war, 6 Monate nach Reposition deutlich sichtbar wird und 3 Jahre später in Form dreier Schatten lebendiges Wachstum zeigt.

14) **Joachimsthal** (Berlin): Die frühzeitige Diagnose bei angeborenen Hüftverrenkungen — weist auf ein Symptom

Generated on 2019-06-08 18:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by 

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

der kongenitalen Hüftluxation hin, das besonders bei Untersuchung hüftkranker Kinder, die noch keine Gehversuche gemacht, praktisch verwertbar sei. Man bringt das Kind in Rückenlage und abduziert beide Oberschenkel bei 90° Flexionsstellung in beiderseits gleichem Winkel. Entsprechend der konzentrischen Einstellung des Femurkopfes schlägt auf der gesunden Seite die Axe des Oberschenkels die normale Richtung zum Acetabulum ein: abgesehen von kleinen Hautfalten ist keine Unterbrechung des medialen Oberschenkelrandes nachweisbar. Auf der kranken Seite zeigt sich schon bei der Luxatio supracondyloidea und fast ausnahmslos bei L. iliaca eine marquante Aenderung der Verlaufsrichtung der Femuraxe, die bei Vergleich mit der gesunden Seite, aber auch bei doppelseitiger Hüfterkrankung ohne weiteres ersichtlich ist. Auf Grund frühzeitiger Diagnosenstellung habe er schon Luxationen von Kindern im ersten Lebensjahre erfolgreich reponiert.

15) **Reiner** (Wien): Prinzipielles zur Behandlung angeborener Hüftverrenkung — führt 9 Zehntel aller Reluxationsfälle auf Anteversion des Schenkelhalses zurück und empfiehlt warm unter Hinweis auf diese angeblich ausserordentliche Komplikation primäre unblutige Beseitigung derselben — Osteoklase — und nachträgliche Reposition. R. nimmt an, dass in der rechtwinklig abduzierten Primärstellung der antevertierte Schenkelhals nach oben strebe und der Schenkelkopf das Pfannendach flach drücke, wodurch ein Teil desselben zur Pfannenbildung ausgenutzt werde und im Verbande sogar schon Reluxation spontan eintreten könne. R. motiviert seine Aversion gegen nachträgliche Korrektur der Anteversionsstellung durch den prinzipiellen Einwand, dass in der vorausgegangenen Repositionsbehandlung die Pfanne exzentrisch angelegt werde.

16) **Dreesmann** (Köln): Aetiologie und Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung. Das ätiologische Moment ist — ausführliche Darstellung s. Dtsch. Zeitschr. f. Ch., Bd. 94, Heft 3 u. 4 — Sagittalstellung der Schenkelhalsaxe. Die Sagittalstellung führt D. auf Behinderung der Introtorsion der Schenkelhalsaxe bezw. des mit ihr verbundenen proximalen Schaftendes zurück. Die Introtorsion verdanke ihre Entstehung rein mechanischen Momenten: Fruchtwassermangel, eng anschliessendes Amnion, Starrheit der Uteruswand etc. Eine vorbereitende Behandlung hält D. meist nicht für notwendig (Ausnahme: Starke Verkürzung, höheres Alter) in



Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2 Fällen wurden diese Schwierigkeiten durch Extensionsbehandlung überwunden: Das luxierte Bein wird in starker „frontaler" Abduktionsstellung nach der Seite extendiert, ein zweiter Extensionszug läuft um den Trochanter und zwar der eine Arm nach dem Fussende des Bettes, der andere senkrecht in die Höhe, auch ein wenig nach dem Fussende gerichtet. Bezüglich der Primärstellung richtet sich der Grad der „horizontalen Abduktion" naturgemäss nach dem Grade der Anteversion des Schenkelhalses. Eine Versteifung des Hüftgelenkes nach Reposition und Fixationsverband tritt kaum ein; Warnung vor gewaltsamem Redressement, selbst nach Jahren findet das Gelenk normale Funktion wieder.

Diskussion: Drehmann (Breslau): Der Wert der unblutigen Therapie sei heute fast allgemein anerkannt. Eine Reposition im Säuglingsalter (Joachimsthal) widertrat er, da Selbsthilfe oft konstatiert werde. Die Anteversion spiele unter keinen Umständen die Rolle (Repositionsbehinderung), die Reiner ihr vindiziere. Demonstration einiger Röntgenbilder, die trotz Anteversion eine ausgezeichnete Heilung mit Pfannenbildung zeigten. Die primäre Stellung definiert D. als Flexionsabduktion, um der Verwirrung über die Bezeichnung Aussenrotation entgegenzutreten.

Joachimsthal hat Spontanheilung wiederholt konstatiert, hält aber mit Rücksicht auf die kurze Fixationszeit eine Frühbehandlung (Säuglingsalter) für empfehlenswert.

Bade hält bei Erfüllung der unerlässlichen Vorbedingung: langdauernder Kontakt des Schenkelkopfes mit Pfannencavum eine Reparatur der Anteversionsstellung bis zu einem gewissen Grade für wahrscheinlich; die Anteversion sei kein Hinderungsgrund für Retention; einen von Reiner publizierten Misserfolg glaubt er auf fehlerhafte Technik zurückführen zu dürfen.

Dreesmann betont Drehmann gegenüber noch einmal eindringlich seine Definition der Hüftgelenksbewegung, weist noch darauf hin, dass bei Rotation des Femur im Hüftgelenk eine Flexion resp. Extension ausgeführt werde: Dieselbe Bewegung sei nach Flexionsstellung des Oberschenkels bei horizontaler Abduktion zu konstatieren. — Die Aussenrotation darf im Interesse der Retention nur langsam in Innenrotation umgewandelt werden.

17) **Müller** (Rostock): Ueber Arthritis deformans — empfiehlt eine Kontrolle der operativ „geheilten" Fälle, man werde über Häufigkeit der Rezidivierung überrascht sein. Die arthritischen Veränderungen seien nicht immer der Grösse der subjektiven Be-

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schwerden proportioniert. Die Aetiologie dieser Erkrankung sei noch unbekannt; hochgradige Schmerzen indizierten den operativen Eingriff.

Diskussion: Preiser (Hamburg): skizziert in Kürze seinen Standpunkt zur Frage der Aetiologie: in statischen Missverhältnissen erblickt er das ursächliche Moment; wenn auch mitunter der operative Eingriff nicht zu umgehen sei, sei jedoch in der Mehrzahl der Fälle streng konservative Therapie am Platze (Extension, Massage, Gymnastik etc.).

Müller — Schlusswort — hat die konservative unblutige Behandlung für gewisse Fälle bewährt gefunden; neben der Preiser'schen Annahme, deren Folgerichtigkeit wertvoll erscheine, erwartet er weitere über die Aetiologie aufklärende Momente von den Hoffa-Wollenberg'schen Untersuchungen. Veränderte Statik allein dürfte jedoch bei jedem davon betroffenen Individuum unter sonst gleichen Verhältnissen nicht immer deformierende Arthritiden auslösen, — gewisse praedisponierende Momente müssten wohl hier und da berücksichtigt werden.

18) Im Auftrage von Biesalski Berlin (verhindert): Praktische Folgerung aus der Statistik jugendlicher Krüppel — berichtet **Rosenfeld** über den Modus, der die erwünschte Verbindung zwischen Anstalt und Staat anbahnte: Krüppelzählkarten, die nach Bearbeitung an die Regierung zurückgeschickt wurden mit der Bitte, sie zur Aufsuchung der heimbedürftigen Krüppel zu benutzen. Die von B. für die Bearbeitung der Statistik aufgestellte und vom diesjährigen Orthopädenkongress angenommene neue Definition des Wortes „Krüppel“ wird allgemeiner Anerkennung empfohlen. Nicht nur das Krüppelgebrechen, auch die sozialen Verhältnisse der Umgebung des Krüppels und sonstige Gebrechen (wie Blindheit, Schwachsinn) müssen berücksichtigt werden. In Deutschland (ausgenommen Bayern, Baden, Hessen) sind von 75183 Krüppeln in schulpflichtigem Alter nach ärztlichem Urteil 42249 heimbedürftig: 3000 Betten sind nur vorhanden. Eine ausreichende, zielbewusste Krüppelfürsorge würde der Armenverwaltung Deutschlands jährlich 50 Millionen Mark ersparen. Zur Durchführung dieser rein menschlich und wirtschaftlich bedeutungsvollen Aufgabe ist die Interessierung weiterer Kreise (Medizinstudierende!) unbedingte Notwendigkeit.

19) **Mayer** (Köln): Zur Behandlung schwerer Kinderlähmungen mit Demonstrationen — bespricht den Wert



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:21 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

chirurgisch-orthopädischer Massnahmen (Sehnenplastik, Arthrodese etc.) im gegebenen Falle; Vorführung funktionell guter Resultate. Dringende Empfehlung vorsichtiger Nachbehandlung; im Interesse einer sanften Technik vertraue man die Massage der Extremitäten nach vorhergehender Instruktion am besten den Eltern an.

Rosenfeld empfiehlt 6 Wochen Fixation; dann Nachbehandlung in geeigneten Apparaten.

von Verth (Charlottenburg): Zur Diagnose und Mechanik der schnellenden Hüfte. (nicht beigewohnt d. Ref.)

Sitzungsbericht vom 25. /9. 1908.

20) **Wollenberg** (Berlin): Die Aetiologie der Arthritis deformans im Lichte der Experimente — erblickt in Störungen des Blutkreislaufes im Bereiche der Gelenkkomponenten, in Behinderung der arteriellen Zufuhr (Arteriosklerose, Embolie, Periarteriitis, etc.) und sekundärer venöser Stauung ursächliche Momente. Dass durch Reizung der Arterienkonstriktoren und Venendilatatoren (auf neuropathischer Basis) ähnliche Zirkulationsverhältnisse zu Stande kommen können, muss weiter zugegeben werden; ferner verdient die ungeeignete Belastung oder Bewegung Berücksichtigung als aetiologisches Moment. Die atrophische Form der deformierenden Arthritis sei wohl auf Behinderung der arteriellen Blutzufuhr, die hypertrophische als Reaktion auf isolierte Stauungshyperaemie zurückzuführen. Experimentiert wurde am Kaninchen und Hund: nach Abschnürung der Patellarandgefässe wurden typische reaktive Prozesse im Bereiche der Kniescheibe beobachtet. Demonstration von Lichtbildern, die diese feinen reaktiven Vorgänge in Knorpel und Knochen anschaulich illustrieren. Ueber die ev. Ergebnisse nach partieller Entfernung von Kortikalis und Periost wird W. später berichten. Aufforderung zur Nachprüfung und zu weiterem Ausbau seiner Untersuchungen.

21) **Preiser** (Hamburg): Pathologische Gelenkflächeninkongruenz als Ursache von Arthritis deformans — gibt einen kurzen Ueberblick über die von ihm in mehreren Abhandlungen (F. C. Vogel, Leipzig 07; Zeitschr. f. Orthop. Chir. 07. und anderweitig) niedergelegten Erfahrungen. Bei näherer Untersuchung der Gelenkerkrankungen, die unter der Diagnose Arthritis deformans rangierten, konnte P. in weitaus den meisten Fällen statische durch Gelenkflächeninkongruenz bedingte Missverhältnisse als primäre Ursache festlegen, — eine Tatsache, aus der für ihn die Bezeichnung



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

„idiopathische, statische“ Arthritis deformans resultierte. Als ursächliche Momente kommen in Betracht: Trochanterhochstand in Folge Variation der Hüftpfannenstellung, Pes planus, Genu valgum et varum, Frakturfolgen, anormale Rotationsverhältnisse. Auffallend ist der relativ häufige Nachweis des Trochanterhochstandes bei Hüftgesunden. P. will denselben bei 400 Hüftgesunden in über 60% nachgewiesen haben. Dass nach schweren Gelenkdistorsionen besonders bei primär vorhandener Gelenkinkongruenz eine posttraumatische Arthritis deformans sich einstellen kann, muss gleichfalls zugegeben werden. An Hand einer grossen Zahl von Lichtbildern demonstriert Vortragender statische Missverhältnisse speziell von Knie- und Hüftgelenkkomponenten und chrakteristische Bilder deformierender Gelenkprozesse. Die Annahme, dass nach dieser Deduktion die Arthritis deformans auch eine Erkrankung des jugendlichen Alters sein muss, ergibt sich als natürliche Konsequenz.

Diskussion: Wollenberg bezeichnet im Gegensatz zu Preiser die Inkongruenz der Gelenkflächen als das Produkt des deformierenden Gelenkprozesses. Die Preisersche Angabe über die Unsicherheit des Roser-Nélatonschen Symptoms wird bestätigt.

Müller anerkennt die Untersuchungen Preisers und Wollenbergs als dankenswerte Beiträge zur Erforschung der bislang noch gänzlich unbekannt gewesenen eigentlichen ätiologischen Momente.

Preiser findet keine Erklärung für die Ursache der relativen Häufigkeit des Trochanterhochstandes; fügt seinen früheren Mitteilungen die Bemerkung hinzu, dass auf Grund seiner Erfahrungen der Effekt statischer Missverhältnisse eines Gelenkes durch Anpassung der Gelenkkomponenten des benachbarten wieder eliminiert werden könne.

22) **Kuhn** (Kassel): Improvisation stärkster Extensionen zur Behandlung von Frakturen in der Praxis bei geringer Assistenz — spricht über praktische Ergebnisse von Versuchen, die er behufs Konstruktion einfacher und durchaus zweckentsprechender Apparate, durch geschickte Kombination sog. Elementarteile (Klammern, Oesen, Rollen, Stangen) angestellt. Er improvisiert mit diesen einfachen Mitteln alle denkbaren Extensionsapparate, (Schedeschen Tisch) Schweben und dergl. und empfiehlt speziell Kleinkrankenhausbetrieben ähnliche rentable Versuche.

23) **Semeleder** (Wien): Eine neue Theorie des erworbenen Plattklumpfusses — analysiert in seinen Untersuchungen vom


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Initialstadium, dem Knickfuss, ausgehend, die Entwicklung des Pes planus resp. varus als den Effekt einer nach einwärts bezw. nach auswärts gerichteten Drehung des Fusses um die bei Knickfuss exzentrisch gestellte Drehaxe (Demonstration beweiskräftiger Modellversuche).

Diskussion: Riedinger (Würzburg) hält neue Theorien nicht für nötig, da schon alte Untersuchungen gleiche Erklärungen gäben.

24) **Finsterer** (Wien): Ueber die Behandlung der kongenitalen Luxation der Patella — zitiert die Hoffa-Bade-Trendelenburgschen Voraussetzungen für diese Diagnosenstellung. Mitteilung eines Falles, der nach dem von v. Hacker geübten Operationsmodus geheilt wurde: Korrektur des Genu valgum durch lineäre, aber schiefe, von unten und hinten nach oben und vorne gerichtete Osteotomie; nach Korrektur persistiert die reponierte Patella an normaler Stelle, Streckverband und Anwendung eines seitlichen Zuges zur Erzielung einer Ueberkorrektur — Genu varum; fünf Wochen Gipsverband, nach weiteren 2 Wochen Gymnastik. Bei Entlassung nach 4 Monaten: Das Genu valgum ist korrigiert, abgesehen von leichter Behemmung der Flexion durch den Widerstand der Quadrizepssehne zeigt das Kniegelenk freie Beweglichkeit. Die Patella bleibt an normaler Stelle. Der Vorteil dieser schiefen Osteotomie liegt in der Verlängerung der Extremität und dadurch bedingter relativer Verkürzung der Quadrizepssehne. Hieraus resultiert eine Verstärkung der Quadrizepsfunktion und festere Fixation der Kniescheibe. Diesem Verfahren wurde in einem anderen Falle noch die bekannte Krogiussche Plastik zugefügt. Bei abnormer Stellung des lateralen Femurkondylus (Rotation) würde sich die Durchtrennung des Femurschaftes in Gestalt eines Kegelmantels empfehlen.

Diskussion: Hoffmann (Düsseldorf) demonstriert einen Pat. den er vor 4½ Jahren wegen kongenitaler Patellaluxation operiert: Ablösung des Lig. patellare mit einer Knochenlamelle der Tibia und Transplantierung derselben auf die mediale angefrischte Tibiafläche; zur Behebung des beginnenden Genu valgum: Raffung der Gelenkkapselinnenfläche (Bardenheuer), medikomechanische Behandlung — Dauerresultat.

25) **Marwedel** (Aachen): Ueber die chirurgische Behandlung der Lähmungen des Oberarmes — berichtet über eigene Resultate: Oberarm-Deltoideuslähmung (Entbindung); Entfernung der



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

komprimierenden Narbenmassen im Bereiche des Plexus — Dauererfolg. Oberarm-Deltoideuslähmung (Poliomyelitis): Pfropfung eines Plexusstrangs von guter Funktion auf die leitungstote Bahn; postoperative Ausfallserscheinungen (Radialis); nach 2 Jahren beträchtliche Bizepsfunktion, leichte Trizepstätigkeit. Die Radialislähmung unverändert, Plastik zur Beseitigung der Kontrakturstellung der Hand. Hinweis auf die Seltenheit dieser Therapie und die noch junge Technik. Vorschlag der Ellbogengelenksfixation durch Arthrodese bei poliomyelitischen Oberarmlähmungen wegen der Schwierigkeit, bei der sonst technisch leichten Freilegung des Plexus in ihm die Nervenbahnen exakt nachzuweisen und somit erfolgreich, d. h. ohne sekundäre Ausfallserscheinungen, zu pfropfen.

26) **Bardenheuer** (Köln): Kompressionslähmungen — bezeichnet die Luxation, die gewaltsame Hyperabduktion in Verbindung mit forcierter Supination des Armes, den plötzlichen gewaltsamen Kontakt der Klavikula mit der 1. Rippe als die wichtigsten ätiologischen Momente für die Genese der akuten Lähmungen des Plexus cervicalis (Entbindungslähmung!). Diagnostisch verwertbar sind die konsekutiven peripheren Lähmungserscheinungen, der Druckschmerz, die Intensität und Richtung der Gewalteinwirkung. Schwierigkeiten bietet im einzelnen Falle oft die Beantwortung der Frage, ob totale oder partielle Kontinuitätstrennung, ob nur eine Verletzung des Stützgewebes, der Blut- oder Lymphgefässe vorliegt. Die Erfahrung, dass Spontanheilung selbst bei ausgedehnter Läsion (komplette Lähmung) vorkommt, erklärt die immer noch bestehende grosse Scheu vor operativem Eingriff. „Wenn komplette Lähmung und nach 14 Tagen nach einer anfänglichen Steigerung der galvanischen Erregbarkeit Schwund derselben eintritt, wenn Muskelatrophie und Entartungsreaktion nachweisbar ist;“ dann zaudert Vortragender nicht, operativ vorzugehen. Fast ausnahmslos ist der Nerv, wenn komplett zerrissen, „intravaginal“ durchtrennt. In diesem Falle werden durch longitudinale Spaltung der Nervenstrangscheide, durch Anfrischung und Vernähung der Nervenenden und Entfernung der Blutgerinsel günstige Reparationsbedingungen geschaffen. Der direkten Kontinuitätstrennung ist häufig die Wirkung von intraneuralen traumatischen Blut- oder Lymphergüssen adäquat (Erhöhung der intra- und paraneuralen Spannung); sie bedingt unter Umständen (Auftreten von Entartungsreaktion und Degeneration) chirurgischen Eingriff. Mitteilung zweier Krankengeschichten: Fall 1. Pat. schlägt bei Sturz vom Dach hinter sich greifend mit der rechten Schulter und


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kopfseite auf: Luxatio humeri axillaris. Trotz sechswöchiger Behandlung mit elektrischem Strom entwickelt sich komplette Plexuslähmung; es bestehen heftige Druckschmerzen in der Fossa supraclavicularis. Spontaner Schwund der Beschwerden bei vertikaler Suspension des adduzierten schlaff herabhängenden Armes. Die aktive Beweglichkeit von Ober- und Vorderarm, Hand und Finger ist aufgehoben; die Sensibilität der Hand ist mit Ausnahme einer anästhetischen Zone im Bereiche des Daumens erhalten. Komplette Lähmung der M. supra- und infraspinati, deltoideus, der Flexoren und Extensoren von Vorderarm, Hand und Finger. Der Plexus wird hinter dem M. sternocleidomastoideus freigelegt: konstatiert wird eine intravaginale Durchtrennung der 5. und 6. Wurzel, Lücke in den Nervensträngen. Oberhalb und unterhalb derselben ist eine knotige, bohnengrosse, blutinfiltrierte Anschwellung palpabel. Spaltung der Strangscheide, Vereinigung der Stumpfenden; die 7. und 8. Wurzel sind gleichfalls verdickt und blutig infiltriert: Entfernung der blutig infiltrierten Massen. Rasche Besserung für die 7.—8. Wurzel; Schwund der anästhetischen Zone in zwei Tagen; innerhalb acht Tagen kehrt die Motilität der Hand und Finger wieder zurück. Bei Pronationsstellung des Vorderarmes konnte derselbe bei grösster Mühe des Pat. bis zu einem Winkel von 45° flektiert werden. Dieser Erfolg war somit bedingt durch Wiederherstellung der primären Kontinuitätstrennung und Behebung der intra- und paraneuralen Spannung.

Fall 2. Seit drei Monaten komplette Lähmung der ganzen oberen Extremität; die Motilität und Sensibilität erloschen (Entartungsreaktion — Muskelatrophie) Klagen über Schmerzen und „Spannungsgefühl“ im Bereiche des Armes. Aetiologie: Druckwirkung einer schweren Last auf Schulterhöhe, Pressung der Clavicula gegen 1. Rippe. Diagnose: Kompression der vier unteren Cervicaläste. Operationsbefund: Keine Kontinuitätstrennung, alle Wurzeln sind in narbiges Gewebe eingebettet, nach Excision desselben Heilung innerhalb dreier Monate; spontaner Schwund der Druckschmerzen, im Verlauf von vier Wochen kehrt die Sensibilität, die Flexions- und Extensionsfähigkeit der Hand und Finger wieder zurück.

27) **Finsterer** (Wien): Zur Kenntnis der Kompressionsfraktur des Os lunatum — betont die Seltenheit dieser Verletzung und Schwierigkeit der Diagnosenstellung. Kurze Skizzierung dieses Krankheitsbildes auf Grund von vier eigenen Beobachtungen, der Literatur



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und experimenteller Erfahrungen. Neben der röntgenologischen Untersuchung erscheint der Nachweis einer Verkürzung des Abstandes des 3. Metakarpusköpfchens vom dorsalen Radiusrande als besonderes verwertbar: In 2 Fällen konnte eine Differenz bis zu 0,5 cm nachgewiesen werden; ein anderes charakteristisches und differentialdiagnostisch (Luxation des Os. lun.) wichtiges Symptom ist die grosse Schmerzempfindung, die bei leichtem Schlag auf das Köpfchen in der Richtung der Längsaxe des Metakarpus ausgelöst wird. Die Therapie besteht in Ruhigstellung auf Handschiene nach vorausgeschickter bestmöglicher Reposition (Zug an der Hand, kombiniert mit Druck auf das Lunatum). Bei ausgedehnter Zertrümmerung oder Subluxationsstellung des Knochens kommt Exstirpation oder Resektion in Frage. Um einem Entstehen der posttraumatischen zirkumskripten Arthritis vorzubeugen, empfiehlt sich frühzeitige Heissluft- und Bäderbehandlung. Von 14 Versuchen, experimentell diese Fraktur zu erzeugen, fielen 2 positiv aus: In dem einen Falle wirkte die Gewalt durch Vermittlung der Metakarpalknochen auf die Handwurzel ein, bei 150° Dorsalflexions- und Ulnarabduktionsstellung der Hand (Kompressionsbruch); im zweiten Falle stand die Hand während der Kraftwirkung in Volarflexion und Ulnarabduktion (Frakturlinie in der konkaven distalen Gelenkfläche). Klinisch kommt Auffallen auf die dorsalflektierte Hand unter ziemlicher Gewalt als wichtiges aetiologisches Moment in Betracht.

Kroh-Köln.

28) I. Kongress der Physiotherapie der französischen Aerzte.

Paris 22. und 23. April 1908.

Gazette des hôpitaux. 1908. Nr. 53, p. 631.

Der Kongress ist von 200 Aerzten besucht. Zwei Themata stehen auf der Tagesordnung:

I. Behandlung der Neuralgien und Neuritiden durch die physikalischen Heilmethoden.

Dausset lobt die Biersche Heissluftbehandlung bei Ischias, Intercostal-, Trigeminus-Neuralgie usw., hat aber keine Erfolge bei Neuritiden gesehen.

Zimmern und Delherm haben gute Erfolge mit der Anwendung des elektrischen Stromes gehabt.

Libotte (Brüssel) spricht günstig über lokale und allgemeine hydrotherapeutische Massnahmen (Wärme und Kälte).

Lagrange (Paris) hat gute Erfolge mit der Mechanotherapie gehabt, während


Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kouindjy die Massage als schmerzstillendes und muskelstärkendes Mittel rühmt.

Selbst die Röntgenstrahlen sind nach Harret (Paris) von guter Wirkung, während die Erfolge, die man mit Radium gemacht hat (Barcat und Delamare), noch unsicher sind, aber zu weiteren Untersuchungen ermutigen. Schliesslich feiert die Lichttherapie (Sonne, Bogenlicht) bei der Behandlung oberflächlicher Neuralgien ihre Triumphe (Albert Weill).

Bei der Besprechung der II. Frage, Behandlung der traumatischen Gelenk- und Knochenerkrankungen (Frakturen) durch die physikalischen Heilmethoden, zeigt sich das gleiche Bild. Jeder Berichterstatter hält seine Methode für die wirksamste!

Die Elektrotherapie soll nach Laquerrière (Paris) die Schmerzen lindern, Blutergüsse zum Verschwinden bringen, die Kallusproduktion anregen, die Muskelatrophie verhindern und so die Massage und Mobilisation des Gliedes ersetzen (!), während dieses im Gipsverband liegt. Auch bei alten Leiden entfaltet die Elektrotherapie ihre Wirksamkeit.

Die Biersche Heissluft- und Staubehandlung ist nach Durey das einfachste und wirksamste Mittel zur Bekämpfung oder Vorbeugung einer Infektion, zur Kallusproduktion, zur erleichterten Mobilisation.

Die Massagebehandlung wird nach Dagron von keiner anderen Methode an Wert übertroffen: Bei frischen Knochenbrüchen, Kontusionen usw. kann sie sogleich (Lucas-Championnière) mit grösstem Erfolge angewandt werden, bei der Behandlung von Atrophien, Schwächezuständen und Versteifungen heilt sie entweder oder bessert doch auf jeden Fall.

Die Wirkung der Mechanotherapie ist besonders wichtig (L. de Munter, Liège) bei der Behandlung der Folgeerscheinungen.

Ueber die Wichtigkeit der Radiographie bei der Diagnose der Frakturen und der Erkennung des Repositionsresultates spricht Belot (Paris) allgemein bekannte Dinge. **Ewald**-Hamburg.

29) **Reichard.** Mediz. Gesellschaft zu Magdeburg. 5. März 1908.

Münch. med. Wochenschr. 1908. Nr. 26, p. 1411.

Ueber Krüppelfürsorge.

R. schildert zunächst die Fürsorgebewegung im allgemeinen, die Entstehung der Krüppelheime, die Zählungsresultate. Für besonders wesentlich hält er die rechtzeitige Behandlung der Deformierungen. Ferner berichtet er über seine bald 8jährigen Erfahrungen



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

an der Anstalt Cracau-Magdeburg, in der die 4 wesentlichen Momente in der Anstaltsfürsorge — Schulunterricht, Handfertigkeitsausbildung, spezialärztliche Behandlung der Besserungsfähigen und ärztliche Behandlung aller Pfleglinge — einander ergänzen. In etwa 7 Jahren sind 417 Eingriffe vorgenommen worden (139 unblutige, 278 blutige). Etwa 200 Kinder wurden behandelt, bei 140 kam kein Eingriff in Frage, bei 63 weiteren hatte es wegen schwerer geistiger Störungen keinen Zweck, die Deformierungen anzugreifen. Von den 200 Kindern sind 61 teils gesund geworden, teils trat das Gebrechen kaum mehr in Erscheinung; bei 88 Kindern konnte der Zustand gebessert werden (mit Lähmungsdeformierungen). Nur bei 25 % der Behandelten konnte kein Erfolg erzielt werden.

In der Diskussion regt Hilger an, die Einrichtungen des Krüppelheims zur Ausbildung in Handwerken auch erwachsenen Unfall- und Nervenerkrankten zugänglich zu machen. Lange (Cracau) erwidert, dass Unfallverletzte und chronische Kranke schon Pflege und Behandlung in den Pfeifferschen Stiftungen finden. Doch würden zur Ausbildung in einem Handwerk bis jetzt nur gebrechliche Personen bis zu 20 Jahren aufgenommen.

Ewald-Hamburg.

30) **Schanz.** Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden. 14. März 1908.

Deutsche med. Woch. 1908. Nr. 30, p. 1329.

Ueber Krüppelfürsorge.

Es gibt in Deutschland ca. 80000 Krüppel unter 14 Jahren. Durch geeignete Krüppelfürsorge (Behandlung in orthopädischen Instituten, Gründung von Krüppelschulen) könnten vielfach aus Krüppeln brauchbare Arbeiter gemacht werden. In Dänemark und Bayern sind seine Forderungen bereits in mustergiltiger Weise durchgeführt.

Ewald-Hamburg.

31) **v. Mangoldt.** Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden. 21. März 1908.

Deutsche med. Wochenschr. 1908, Nr. 32, p. 1415.

Endschicksal des übertragenen Rippenknorpels.

Auf Grund genauer Untersuchung eines vor acht Jahren mit Perichondrium transplantierten und nun wieder exzidierten Rippenknorpelstücks (beim Menschen) gelangt M. zu dem Resultat, dass das Knorpelstück nicht resorbiert, sondern wirklich eingeheilt war. Der Rippenknorpel ist also, wenn man ihn mit Perichondrium überträgt,


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

für plastische Operationen geeignet. Dauererfolge bei Sattelnase, Kehlkopfdefekt, Tracheadefekt. Man könnte vielleicht auch bei Gelenkankylosen durch Knorpeltransplantation künstliche Gelenkflächen schaffen.

Ewald-Hamburg.

32) **Dibbelt.** Aerztlicher Verein zu Marburg. 22. Juli 1908.

Münch. med. Wochenschr. 1908. 35, p. 1856.

Die Pathogenese der Rachitis.

Durch Kalkstoffwechselversuche, auf deren Details hier nicht näher eingegangen werden kann, kommt D. zu dem Resultat, dass das Wesen der Rachitis in einer Störung des Kalkstoffwechsels besteht. Es kann u. a. mehr Ca O ausgeschieden werden, als durch die Nahrung aufgenommen worden ist. Therapeutisch müsste die künstliche Nahrung des Kindes nach Möglichkeit ausgeschaltet werden, und ferner müsste der Kalkgehalt der Frauenmilch durch kalkreiche Nahrung der Mutter wieder auf die physiologische Norm gebracht werden. Die Anwendung von Kalkpräparaten im floriden Stadium hat wegen der darniederliegenden Darmfunktion keinen Zweck, wohl aber im Stadium der Ausheilung. **Ewald**-Hamburg.

33) **Arcangeli** (Rom). Ancora poche parole sulla teoria Bossi.

Società Lancisiana degli ospedali di Roma. 25 aprile 1908.

Redn. bespricht die Theorien über die Osteomalacie und schliesst, dass für die Infektionstheorie eine grosse Anzahl experimenteller und klinischer Tatsachen sprechen. Die Adrenalinbehandlung ist nicht genügend durch das Experiment und die klinische Beobachtung begründet; sie kann überdies gefährlich sein.

Bis jetzt haben ihm Chloroformnarkose, Phosphor, Kalksalze vorzügliche therapeutische Resultate gegeben. **Buccheri**-Palermo.

34) **De Gregorio** (Rom). La cura adrenalinica dell' osteomalacia.

Società Lancisiana degli ospedali di Roma. 25 aprile 1908.

Redn. berichtet über die Resultate der Adrenalinbehandlung in drei Fällen von Osteomalazie nach den Mitteilungen Bossis. Dieselben sind:

a) In allen drei Fällen erhebliche Besserung der subjektiven Beschwerden, aber keine Besserung der objektiven Symptome, ausser der, die gewöhnlich durch Ruhe und Phosphorkur erzielt wird, geschweige denn Heilung.

b) In allen drei Fällen während der Behandlung Allgemeinbeschwerden, die zuweilen so schwer waren, dass die Behandlung selbst ausgesetzt werden musste.



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

c) In einem Fall Glykosurie, die nach Aussetzen der Adrenalininjektionen rasch verschwand.

d) In einem Fall schwere Läsion der Aorta, bestehend in hyaliner Nekrose der Media.

Bei sämtlichen drei Kranken haben wiederholte Radiographien in den Läsionen des Skeletts (Rarefaktion der Knochen) keinerlei wahrnehmbaren Unterschied nachgewiesen. **Buccheri**-Palermo.

35) **Preleitner.** Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien. 5. III. 1908.

Deutsche med. Wochenschr. 1908, 27. p. 1214.

Multiple Enchondrome.

Das 5 jährige Kind zeigt die 4 dreigliedrigen Finger knotig verdickt, ausserdem Verdickungen am Humerus, dem Ellenbogengelenk und den Hüften. Nach Röntgenbildern sind sämtliche Extremitätenknochen der rechten Seite sowie die linksseitigen Fuss- und Handknochen von der Verdickung ergriffen. Histologisch handelt es sich um hyalinen Knorpel. **Ewald**-Hamburg.

36) **Elbe.** Rostocker Aerzteverein. 14. III. 1908.

Deutsche med. Wochenschr. 1908, 29, p. 1293.

Polyarthritis ankylopoëtica postscarlatinosa und Rheumatismus tuberculosus.

Zwei Fälle des von Poncet (Lyon) beschriebenen Krankheitsbildes des »rhumatisme articulaire tuberculeux«.

1. Bei einem 10 jährigen Mädchen trat im Anschluss an im 3. Lebensjahre überstandenen Scharlach fortschreitende Ankylosierung sämtlicher Gelenke, ausser Wirbel-, Kiefer- und einiger Finger- und Zehengelenke auf. Nach Röntgenbild schwere Destruktion der Hüftgelenke. Nirgends manifeste Tuberkulose. v. Pirquetsche Reaktion schwach.

2. 10 jähriges Mädchen, seit $1^1/_2$ Jahren unvollkommene Versteifung beider Ellenbogen-, Knie- und Fussgelenke. v. Pirquet stark +. Keine Knochen- und Gelenkveränderungen. Lungentuberkulose. Probestück aus einem Kniegelenk ergibt Riesenzellen und Tuberkel. Behandlung antituberkulös, — Jodoformglyzerin. Erfolg: Freie Beweglichkeit aller Gelenke. **Ewald**-Hamburg.

37) **Lucas-Championnière.** Société de chirurgie de Paris. 10. Juni 1908.

Gazette des hôpitaux. 1908. Nr. 67, p. 800.

Traitement des fractures par le massage.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Im Anschluss an einen von Lenormant vorgestellten Fall einer Olekranonfraktur, die mit bestem Erfolg sofort mit Massage und Bewegungsübungen behandelt wurde, betont L.-Ch., dass er niemals eine Naht der Olekranonfraktur mache, trotzdem er überzeugter Anhänger der Knochennaht bei bestimmten Frakturen sei. Er habe immer sehr gute Resultate mit Massage und Mobilisation bekommen. Die Diastase, die durch Trizepszug entstehe, weiche unter dem Einfluss der Massage, und die Konsolidation trete von selbst ein. Dieselbe Behandlung (Massage und Bewegung von vornherein) fordert er für alle Frakturen. Ueber ähnliche gute Resultate berichten Rontier und Picqué. Tuffier immobilisiert erst 12 Tage und beginnt dann mit Massage. Während Morestin und Broca nur bei grossen Diastasen nähen und im Uebrigen den Standpunkt L.-Ch.'s teilen, ist Delbet ein überzeugter Anhänger der Naht der Olekranonfraktur. Auf demselben Standpunkt steht Demoulin. Segond erkennt die Methode L.-Ch.'s durchaus an, will sie aber nicht verallgemeinert wissen, da sie von weniger geschickten Aerzten angewandt zu schlechten Resultaten führt, wie er oft gesehen hat. L.-Ch. bemerkt dazu, dass die Immobilisation auf jeden Fall noch schlechtere Resultate ergebe.

Ewald-Hamburg.

38) **Wolff.** Aerztlicher Verein in Frankfurt a. M. 23. März 1908.
Deutsche med. Wochenschr. 1908. Nr. 32, p. 1416.

Eintreibung von Elfenbeinstiften in die Markhöhle der Knochen.

W. hat die Methode öfter mit gutem Erfolg bei Frakturen, die zur Dislokation neigen, bei Pseudarthrosen und zu osteoplastischen Zwecken angewandt. Bei einem Kinde, bei dem wegen Hüftgelenksankylose die Resektion ausgeführt werden musste, wurde der resezierte Schenkelhals und Kopf durch einen in dem Trochanter einerseits, die Pfanne andrerseits eingefügten Elfenbeinstift ersetzt, um die Verkürzung des Beins zu verringern und einer Adduktionsstellung vorzubeugen. Der Stift ist glatt eingeheilt, das funktionelle Resultat ein sehr gutes. — Demonstration einer Ulna, bei der ein vor 8 Jahren eingelegter Elfenbeinstift bis auf geringe Reste resorbiert ist.

Ewald-Hamburg.

39) **Vignard.** Société de chirurgie de Lyon. Januar 1908.
Arch. génér. de chir. 1908, 5, p. 495.

V. hat mit der Knochenplombierung nach Mosetig-Moorhof bei Osteomyelitis und Knochen- und Gelenktuberkulose mit



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

und ohne Eiterung sehr gute Erfahrungen gemacht. Vorbedingung ist gründliche Auskratzung des Herdes, Austrocknung und primäre Naht nach der Plombierung. **Ewald**-Hamburg.

40) **Galeazzi** (Mailand). Sui criteri d'intervento nelle tuberculosi articolari dell' età giovane.

Società Milanese di medicina e chirurgia. 18. März 1908.

Redn. resumiert seine Untersuchungen über die unglücklichen funktionellen Dauerresultate der radikalen Eingriffe bei Gelenktuberkulose der Kindheit und des Jünglingsalters, hebt auf Grund seiner persönlichen Erfahrung deren Häufigkeit hervor und sucht sich über deren Ursache klar zu werden.

Darauf legt er seinen persönlichen Standpunkt von einer guten konservativen Therapie und die von ihm mit derselben erzielten vorzüglichen Resultate (80 % definitive Heilungen), sowohl unter dem Gesichtspunkt des ursächlichen Prozesses wie unter dem der Gelenkfunktion dar.

Er hat ein warmes Wort für die Einrichtung von Seesanatorien für die chirurgische Kindertuberkulose, deren ausserordentliches erzieherisches Vermögen er hervorhebt. **Buccheri**-Palermo.

41) **Noesske.** Medizinische Gesellschaft in Kiel. 19. VI. 1908.

Münch. med. Wochenschr. 1908. Nr. 32, p. 1718.

Ueber die Saugbehandlung der Extremitäten, wie sie in der Kieler Klinik geübt wird. Demonstration der improvisierten Saugapparate (Holzspangestell, mit Gipsbinden zu einer Glocke modelliert, mit Zelluloid imprägniert). Gute Erfolge bei chronischen, rheumatischen Schmerzen, ebenso bei Distorsionen, Frakturen und Kontusionen. Die Saugbehandlung bewährte sich häufig besser als die Heissluft- und Massagekur. **Ewald**-Hamburg.

42) **Dieulafé.** Société de chir. de Paris. 13. März 1907.

Revue de chirurgie. 1907, 4.

Néphroptose et scoliose reflexe.

Bei einer 25jähr. Frau verursachte eine l. ren mobilis schmerzhafte Krisen durch Urinretention. Es wurde eine links konvexe Lumbalskoliose konstatiert. Nach der Nephropexie war die Skoliose völlig verschwunden. Nach D. sollen die Krisen eine Parese(?) der der Niere benachbarten Muskeln hervorgerufen haben.

Ewald-Hamburg.



Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

43) **Vignard.** Société de chirurgie de Lyon. Januar 1908.

Arch. génér. de chir. 1908, 5, p. 493.

V. hält es für schwierig, bei der Spondylitisbehandlung mit Gipsbett einen nennenswerten Zug an der Wirbelsäule auszuführen. Nach ihm müsste das Gipsbett allein die Lähmungen und nervösen Störungen noch begünstigen. (?) Er hat darum ein Korsett mit Hals- und Kopfteil konstruiert, womit die Wirbelsäule einem ständigen Zug, der dosiert werden kann, ausgesetzt ist. Der Patient kann herumgehen, das Korsett ist leicht, nicht kostspielig und ohne Schwierigkeit anzulegen. **Ewald**-Hamburg.

44) **Erhard Schmidt.** Aerztlicher Verein in Frankfurt a. M. 23. März 1908.

Deutsche med Wochenschr. 1908. 32, p. 1416.

Im Anschluss an eine lange bestehende Furunkulose trat bei einem 24jähr. Mann eine akute Osteomyelitis der linken Skapula auf, die unter Schonung des Periosts total exstirpiert wurde. Schon nach 2 Wochen deutlich Knochenneubildung im Röntgenbild nachzuweisen, zunächst in der Gegend des Collum scapulae. Die passive Beweglichkeit ist jetzt in fast vollem Umfang möglich, die aktive noch stark eingeschränkt. **Ewald**-Hamburg.

45) **Openshaw.** Royal society of Medicine. London 1907.

Arch. génér. de chir. 1908. 6, p. 620.

O. stellt einen 27 jähr. Epileptiker mit doppelseitiger habitueller Schulterluxation vor. Nachdem Jodinjektionen und Kapselfaltungen zu keinem Resultat geführt hatten, überpflanzte O. den musc. subscapularis auf die vorderen Fasern des deltoideus. Bisher (16 Monate nach den beiden Operationen) keine neue Luxation. **Ewald**-Hamburg.

46) **Rostoski.** Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden. 14. März 1908.

Deutsche med. Woch. 1908. Nr. 30, p. 1329. Münchn. med. Woch. 1908. Nr. 27, p. 1457.

R. demonstriert zwei Patienten mit arthrogener Muskelatrophie nach Arthritis im rechten Schultergelenk (deutliches Knirschen ohne Bewegungsstörung). Bei einem Patienten entwickelte sich innerhalb von 10 Tagen eine hochgradige Atrophie im hinteren Bündel des Deltoideus und im Infraspinatus. Der zweite Patient hatte eine ausgesprochene Atrophie des Supra- und Infraspinatus.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Da Sudeck bei derartigen Muskelatrophien Knochenatrophien im Röntgenbild nachgewiesen hat, so wurden auch hier Röntgenbilder angefertigt, die jedoch keine Knochenatrophie ergeben. Bezüglich der Aetiologie stellt sich R. auf den Standpunkt der reflektorischen Theorie. In der Diskussion glaubt Hänel aber an Neuritis ähnliche Prozesse, die den nerv. supraskapularis geschädigt haben; drei einzelne Schultermuskeln, bei Erhaltung der übrigen, können nicht wohl „reflektorisch" gelähmt werden. Werther erinnert an die Atrophien bei gonorrhoischen Arthritiden, die jedenfalls toxische Ursachen haben. **Ewald**-Hamburg.

47) **Rostoski.** Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden. 14. März 1908.

Deutsche med. Woch. 1908. Nr. 30, p. 1329.

R. stellt einen Arbeiter mit rechtseitiger Lähmung des m. deltoideus und serratus anticus major vor, die nach einem Fall aus $6^1/_2$ m Höhe auf Rücken und Schultern entstanden war. Trotz völliger Atrophie dieser Muskeln und Entartungsreaktion lernte der Pat. den Arm allmählich bis zu einem Winkel von 120° erheben, wobei er den Rumpf aber etwas nach links beugte (!) R. stellt sich diese Möglichkeit so vor, dass für die gelähmten Muskeln vikariierend der Trapezius und Pectoralis major eingetreten seien. Diese waren allmählich hypertrophiert. **Ewald**-Hamburg.

48) v. **Pauchet** (Amiens). Société de Chirurgie de Paris.

Arch. générales de Chirurgie. 1908, 5, p. 489.

Ein 26jähriger Mann litt an der Erbschen Myopathie mit Atrophie der Schulter-Oberarmmuskulatur. Rechterseits wurde die Skapulopexie gemacht in der Weise, dass die Skapula mit Kupferdrähten an die 3., 4., 5. und 6. Rippe fixiert wurde. Gipsverband für 2 Monate; bedeutend grössere Gebrauchsfähigkeit des rechten Armes.

Quénu erinnert daran, dass Duval eine Anzahl von ähnlichen Fällen mit sehr gutem funktionellen Resultat operiert hat.

Ewald-Hamburg.

49) **Quénu.** Société de chirurgie de Paris. 15. Juli 1908.

Gazette des hôpitaux. 1908. Nr. 81, p. 969.

Qu. demonstriert eine Oberarmfraktur, die er vor 18 Tagen genäht hat. Der Pat. kann alle Bewegungen ausführen, ohne mit Massage und Bewegungsübungen behandelt worden zu sein. Lucas-


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Championnière gibt zu, dass das Resultat sehr schön ist, behauptet aber, dass man es auch mit Massage und Bewegungen erreicht haben würde.

Ewald-Hamburg.

50) **Anschütz.** Medizinische Gesellschaft in Kiel. 19. Juni 1908.

Münch. med. Wochenschr. 1908. Nr. 32, p. 1717.

A. demonstriert einige Knochentumoren.

1. Knochenzyste des linken Humerus (Ostitis fibrosa) 13 jähriger Junge, vor 5 Jahren Fractura humeri, Heilung, vor 1 1/2 Jahren neue Fraktur an derselben Stelle, Heilung, vor 1/2 Jahr Verbiegung des Humerus. Röntgenbild zeigt die Zyste. Auskratzung der gelatinösen Massen aus der Höhle (mikroskopisch: Bindegewebe, Knorpelzellen, Riesenzellen, viel Haemosiderinpigment). Nach 1/2 Jahr hat die Dichtigkeit des Knochens erheblich zugenommen. — Wahrscheinlich steht die Ostitis fibrosa (v. Recklinghausen) in engster Beziehung zur Pagetschen Krankheit und zu den Fällen von multipler Riesenzellensarkombildung. A. hat 4 Fälle gesehen, in einem Falle nach Jahren Auftreten von Zysten an anderen Stellen.

2. Multiple Enchondrome in Femur und Tibia bei einem gesunden 9jährigen Mädchen. Dieselben führten zu Auftreibungen und zu einer Fraktur, waren im Röntgenbild als Aufhellungen mit Knochenleisten in der Markhöhle erkennbar und stellten sich mikroskopisch als Konglomerate regelmässig gebauter hyaliner Knorpelzellen dar. Von der Ostitis fibrosa weicht das Bild völlig ab.

Ewald-Hamburg.

51) **Perthes.** Medizinische Gesellschaft zu Leipzig. 19. Mai 1908.

Münch. med. Wochenschr. 1908. Nr. 26, p. 1409.

Freie Knochentransplantation nach Resektion wegen Knochenzyste.

Bei einem 12 jährigen Knaben wurde die obere Hälfte des Humerus wegen Knochenzystenbildung, wodurch die Knochensubstanz auf eine sehr dünne Lamelle reduziert und Spontanfraktur eingetreten war, reseziert, und zwar grösstenteils subperiostal. Als Ersatz wurde ein Tibiastück inkl. Periost transplantiert. In sechs Wochen feste Vereinigung. Ein anderer Fall wurde vor 3 Jahren mit Excochleation und Tamponade behandelt und ist völlig geheilt. Auch Plombierung mit der Jodoformplombe käme in Betracht.

In der Diskussion wendet sich Milner gegen die Theorie, dass die eigentlichen Knochenzysten aus echten Tumoren entständen:



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 18:22 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auch Virchow habe diese Entstehung abgelehnt. Vielmehr gingen die Zysten aus der Ostitis fibrosa (Recklinghausen) hervor.

Ewald-Hamburg.

52) **Chaput.** Société de chirurgie de Paris.

Arch. génér. de chir. 1908, 5, p. 488.

Ch. stellt 3 Fälle von Ellenbogenfrakturen und -luxationen vor, die irreponibel waren, weshalb Ch. die Resektion des Ellenbogengelenks vornehmen musste. Er bedauert, keine Muskellappen interponiert zu haben, womit er die schlechten funktionellen Resultate vermieden haben würde. **Ewald**-Hamburg.

53) **Schmieden.** Berliner medizinische Gesellschaft. 29. Juli 1908.

Münch. med. Wochenschr. 1908. Nr. 31, p. 1666.

Ueber Ellenbogenresektionen mit Erhaltung der Beweglichkeit.

Das Brisement forcé ist fast allgemein verlassen und nur für ganz leichte Versteifungen anzuwenden. Nach Helferich wird an der Bierschen Klinik nach sparsamer Resektion ein aus dem Trizeps gebildeter Muskellappen zwischen den Spalt gelegt. Grundbedingung des Erfolges ist eine sehr gute Nachbehandlung.

Kontraindikation ist allein floride Tuberkulose des Gelenks. — Die Resultate sind günstig. Gluck bemerkt, dass er früher die Einpflanzung eines Hautlappens in resezierte Gelenkenden zur Verhinderung der Ankylose vorgeschlagen habe. **Ewald**-Hamburg.

54) **Jacobsthal.** Medizinisch-naturwissenschaftliche Gesellschaft in Jena. 27. II. 1908.

Deutsche med. Wochenschr. 1908. Nr. 25, p. 1127.

Radius-Frakturen mit volarer Verschiebung des peripherischen Fragmentes.

Die Dislokation ist sehr selten und kommt durch Fall auf den Handrücken zustande. Aber auch dann ist die typische Dislokation dorsalwärts, weil (nach Rosenbach) das Lig. carpi dorsale ausserordentlich fest ist und eine volare Verschiebung verhindert. Erst wenn es bei erheblicher Gewalteinwirkung zerreisst, kommt es zur volaren Dislokation. Demonstration zweier Fälle. Die Funktionsstörung scheint nicht so erheblich wie bei der dorsalen Dislokation.

Ewald-Hamburg.

Personalnotizen.

Berlin: Der Leiter der mechanisch-therapeutischen Anstalt der Universität, San.-Rat Dr. Schütz, erhielt den Professor-Titel.


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Heidelberg: Die Eröffnung eines badischen Krüppelheimes am 1. 1. 09 in Anlehnung an die Vulpiussche Klinik ist in einer im Ministerium des Innern abgehaltenen Ausschusssitzung beschlossen worden.

Ein „Fürsorgeverein für bildungsfähige Krüppel“ soll die Anstalt übernehmen.

Kiel: Im Zusammenhang mit der orthopädischen Station ist an der chirurgischen Universitätsklinik (Dir. Prof. Anschütz) eine orthopädische Poliklinik eingerichtet worden.

Köln a. Rh.: Der Dozent der orthopädischen Chirurgie an der Akademie, Dr. Cramer, erhielt den Professor-Titel.

Originalmitteilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an Prof. Dr. **O. Vulpius** in Heidelberg, Luisenstr. 1—3, oder an die Verlagsbuchhandlung **S. Karger** in Berlin NW 6, Karlstr. 15, einsenden.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sach-Register.

Die **fett** gedruckten Zahlen bezeichnen Original-Arbeiten.
Bz. = Buchanzeige. P. = Personalien.

A.

B.



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 18:23 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628 Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

C.

D.

E.



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 20:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-07-08 13:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 20:32 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

F.

G.


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-07-08 13:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

H.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 20:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

H.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-07-08 13:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

I.

J.

K.

I.

J.

K.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-07-08 13:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

L.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 20:33 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

L.


Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-07-08 13:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

M.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-07-08 13:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

N.

O.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 20:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

N.

O.


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

P.


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 20:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

P.


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Q.

R.

S.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 20:34 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Q.

R.

S.



Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 20:35 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-07-08 13:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

T.



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-06-08 20:35 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

T.



Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 20:35 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

U.

V.

W.

Z.



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-07-08 13:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Namen-Register.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 20:36 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Namen-Register.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-07-08 13:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

E.

F.

G.

H.


Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

I.

J.

K.

L.

M.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-07-08 13:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-06-08 20:37 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-07-08 13:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-07-08 13:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-07-08 13:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-07-08 13:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-07-08 13:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-07-08 13:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073447628
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN